



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>







REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

TOME X

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET
DE PÆDIATRIE

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR MM.

Henri VARNIER

Agrégé de la Faculté
Accoucheur des Hôpitaux

ET

Paul LE GENDRE

Médecin des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique adjoint de la Faculté
pour les maladies des Enfants

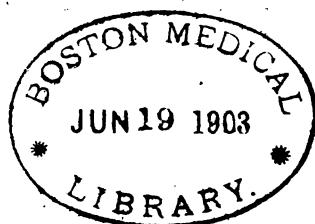
~~~~~  
TOME X  
~~~~~

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

—
1897



7228

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

JUN 19 1903
LIBRARY
JAN 24 1907

SOMMAIRE :

Les hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés, par le Dr M. OUI.....	1
Méningisme et méningites, par le Dr G. POCHON.....	12
Corps étranger du larynx, par G. POCHON.....	25
Scarlatine à rechute, par G. POCHON.....	30

LES HÉMORRHAGIES GASTRO-INTESTINALES DES NOUVEAU-NÉS

Par le Dr M. OUI.

Il se produit, chez certains nouveau-nés, généralement dans les trois ou quatre jours qui suivent la naissance, des hémorrhagies qui ont pour siège l'estomac ou l'intestin, et qui se traduisent au dehors par des hématémèses ou par des selles sanglantes.

Ces hémorrhagies ont été décrites par un grand nombre d'auteurs sous le nom de melæna, dénomination défecueuse, puisqu'elle ne s'applique qu'à l'évacuation de sang déjà altéré par son séjour dans le tube digestif, et qu'elle ne peut désigner qu'un symptôme qui n'est pas absolument constant.

Le *melæna*, lui-même, avait été divisé en deux classes : le *melæna spuria* ou *melæna faux* comprenant les cas dans lesquels l'enfant rejette par l'anus du sang qu'il a avalé et qui peut provenir soit des voies génitales maternelles, soit de gerçures du mamelon, soit encore, d'une plaie de la cavité buccale — le *melæna vera* ou vrai désignant les cas où le siège de l'hémorrhagie se trouve dans l'estomac ou l'intestin.

Il nous paraît préférable de substituer à la dénomination de *melæna*, et pour la raison que nous avons donnée plus haut, celle d'hémorrhagie gastro-intestinale et de diviser les hémorrhagies gastro-intestinales en fausses et en vraies, selon la provenance du sang évacué dans les vomissements ou dans les selles.

La source de l'hémorrhagie, dans le cas de fausses hémorrhagies gastro-intestinales peut être extérieure à l'enfant. C'est ainsi que l'enfant peut, au moment de la naissance, déglutir un peu du sang provenant des organes génitaux de la mère. J'ai vu ainsi, il y a peu de temps, un enfant dont la santé est restée excellente, et qui, sans avoir rien absorbé après sa naissance, ne présentant aucune lésion de la cavité buccale, eut, dès les premières heures, deux ou trois petits vomissements marc de café qui ne purent être rattachés qu'à cette cause. Le plus souvent, c'est au moment des tétées, lorsque le mamelon est excorié et qu'il existe des gerçures, que l'enfant fait saigner le mamelon et déglutit du sang qu'il évacue ensuite par vomissement ou dans les selles.

Dans d'autres cas, c'est bien dans l'organisme de l'enfant que l'hémorrhagie s'est produite, et elle est due à la rupture de vaisseaux de la muqueuse de la bouche ou du nez, à des lésions du pharynx liées à la fracture du crâne (?) (Hodges), à des ulcérations buccales, à la section du frein de la langue, etc..... On a également signalé (Lepage) un cas dans lequel des vomissements persistèrent pendant deux semaines. Ces vomissements composés de sang pur, se produisant une ou deux fois par jour, après la tétée, furent attribués à une ulcération syphilitique de l'œsophage, et ne se reproduisirent plus après traitement par les frictions mercurielles.

Telles sont les causes principales des fausses hémorrhagies gastro-intestinales. Elles sont simples et relativement peu nombreuses. Il n'en est point de même pour les hémorrhagies vraies.

Ici, les causes sont nombreuses, et le mode d'action de quelques-unes d'entre elles est, pour le moment, loin d'être déterminé. Certaines de ces hémorrhagies, en effet, se produisent sans qu'il soit possible de les rattacher à aucune cause précise ; quelques-unes semblent être en relation avec une lésion locale ; enfin, dans certains cas, une maladie générale paraît avoir agi pour déterminer l'hémorrhagie.

L'anatomie pathologique éclaire, bien que faiblement, certains points obscurs de l'étiologie, et peut nous fournir quelques indications.

A l'autopsie des enfants qui ont succombé à des hémorrhagies gastro-intestinales, on n'a trouvé dans certains

cas, aucune lésion sensible. Dans d'autres cas, il y a une congestion très vive de la muqueuse gastro-intestinale, congestion qui est le plus souvent limitée à la muqueuse stomacale et à celle de l'intestin grêle, atteignant rarement le gros intestin.

Mais à quoi est due cette congestion ?

On a accusé une *pléthore générale due à la ligature tardive du cordon* ; mais absolument rien ne vient à l'appui de cette théorie qui ne repose sur aucun fait précis.

Le *froid* a pu être également mis en cause, comme agent de la congestion gastro-intestinale (Loranchet). J'ai, à ce sujet, recherché si les hémorrhagies gastro-intestinales étaient plus fréquentes pendant la saison froide que pendant la saison chaude. En analysant les observations recueillies dans les excellentes thèses de Dusser et de Hermary, on trouve 90 cas dans lesquels est notée la date de la naissance. En divisant l'année en deux périodes : saison froide (du 1^{er} novembre au 1^{er} avril) et saison chaude ou tempérée (du 1^{er} avril au 1^{er} novembre), on constate que 48 enfants sont nés pendant les mois chauds ou tempérés et 42, pendant la saison froide. L'influence du froid nous paraît donc douteuse.

La congestion passive de l'intestin a été attribuée à des *accidents asphyxiques* survenus au moment de la naissance et continuant un certain temps. La gêne de la respiration produirait alors une stase sanguine du foie et de la veine porte, amenant en amont la congestion de l'intestin, et secondairement l'hémorrhagie.

Les *malformations du cœur* ont pu être invoquées avec

juste raison comme agents de cette congestion passive. Un cas très remarquable a été publié par le professeur A. Herrgott. Dans ce cas, l'enfant succomba dix heures après sa naissance, après avoir vomi du sang. A l'autopsie, on trouva un peu de congestion du poumon, de l'hyperhémie très marquée du foie qui contenait des foyers hémorrhagiques, et de la congestion de l'intestin, sans ulcération. Le cœur droit était très dilaté; mais le cœur gauche était atrophié, et ses cavités très réduites. C'est cette atrophie des cavités gauches du cœur qui avait amené de proche en proche la congestion pulmonaire, la congestion du foie, et celle de l'estomac où s'était produite l'hémorrhagie.

On a également attribué la congestion de l'intestin à la *rétenction du méconium*, à l'*ingestion prématurée du lait* (Rindfleisch) qui agiraient en excitant des contractions violentes et répétées de la tunique musculaire de l'intestin gênant le cours du sang dans les veines.

D'un autre côté, il est vrai, on accuse, avec plus de raison, semble-t-il, l'*action irritante des purgatifs* (Barral, Mangel) et en particulier du sirop de chicorée composé que, dans certaines régions, on distribue abondamment aux nouveau-nés pour aider à l'expulsion du méconium.

D'après Pomorski, la congestion du tube digestif et même les ulcérations pourraient être dûes, dans certains cas, à des *lésions des centres nerveux* produites au cours d'accouchements laborieux. C'est après avoir constaté dans un cas, la coexistence d'hémorrhagies cérébelleuses

et bullaires avec des hémorrhagies gastro-intestinales et pulmonaires accompagnées d'ulcérations de l'estomac et du duodénum, que cet auteur a pensé pouvoir rattacher les hémorrhagies gastro-intestinales aux troubles circulatoires causés par des lésions des centres vaso-moteurs encéphaliques.

Expérimentalement, il a pu reproduire, en pratiquant chez les animaux des piqûres ou des sections au niveau des pédoncules cérébelleux, de l'aile grise, etc., des troubles circulatoires congestifs du poumon et de l'estomac, et dans certains cas, des ulcérations intestinales.

V. Preuschen a repris les expériences de Pomorski, en les variant, et en en modifiant l'exécution, et il a toujours réussi à produire par lésion des centres nerveux des hémorrhagies du tube digestif.

Mais il est bien difficile de faire la part de cette cause, car, dans bon nombre d'autopsies l'état des centres nerveux n'est pas noté, et en revanche, dans les cas terminés par la guérison ou dans lesquels l'autopsie n'a pas été faite, le doute subsiste, d'autant que les interventions, et notamment les applications de forceps, surtout capables de produire des lésions encéphaliques ne sont pas très fréquentes dans les observations d'hémorrhagies gastro-intestinales.

Les ulcérations de la muqueuse gastrique ou intestinale peuvent être dûes, d'ailleurs à d'autres causes. C'est ainsi qu'un caillot détaché de la veine ombilicale, passant de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche par

le trou de Botal pourra gagner l'aorte par le canal artériel et lancé dans la grande circulation, pourra venir oblitérer une des ramifications artérielles de l'estomac ou du duodénum. De là, une zone de muqueuse insuffisamment nourrie, et qui s'ulcérera sous l'action des sucs digestifs (Landau). L'ulcération serait donc dûe dans certains cas à une *embolie* ayant pour point de départ soit la veine ombilicale, soit le canal artériel (Parrot), soit encore, détachée des petits hématomes décrits par Parrot sous le nom d'hématonodules, et qu'on trouve sur le bord libre des vavules auriculo-ventriculaires (Genrich).

Les *traumatismes de l'abdomen* au cours de l'accouchement, accusés par Tross, West, et Vogel d'être souvent la cause des ulcérations intestinales, ne paraissent pas devoir être souvent incriminés.

Des causes plus générales semblent aussi jouer un rôle important dans les hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés.

La *syphilis* paraît, dans certains cas, avoir eu une véritable influence, en favorisant, par les lésions hépatiques qu'elle produit souvent, la congestion de l'intestin ; mais le plus souvent, dans les cas de syphilis, les hémorrhagies gastro-intestinales ne se produisent pas isolément, et sont associées à d'autres hémorrhagies ; au niveau de l'ombilic, du nez, etc.

L'*hémophilie héréditaire* a été observée chez deux jumeaux par Rilliet ; elle a été signalée aussi par Schultze, par Hemenway ; mais les cas d'hémophilie sont extrê-

mement rares, au moins pour ce qui est de l'hémophilie héréditaire.

Il ne paraît pas en être ainsi de l'infection qui peut agir, soit en amenant des lésions du tube digestif, soit en produisant, sans lésions apparentes, des hémorragies abondantes, aussi bien dans l'estomac ou l'intestin, qu'au niveau d'autres organes.

Mais ici, les faits observés deviennent extrêmement compliqués. Klebs, en 1875, a décrit sous le nom de *monas hémorrhagica* un microorganisme qu'il a trouvé constamment chez des enfants ayant succombé à des hémorragies. Même constatation fut faite par Eppinger en 1877. On a également trouvé le *bacille pyocianique* (Neumann), seul ou associé au *staphylococcus aureus*, au *bacillus lactis acrogenes* (Shaeffer). Enfin, Gartner a trouvé un bacille nouveau dans les selles et dans le sang de nouveau-nés ayant eu des hématémèses.

La récolte microbienne a donc été abondante dans les cas d'hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés. Certains de ces agents paraissent avoir agi en produisant des lésions véritables (ulcérations de l'estomac ou de l'intestin), d'autres en provoquant une véritable hémophilie transitoire, se traduisant non seulement par des hémorragies du tube digestif; mais aussi du purpura, des hémorragies ombilicales, etc... Ce sont là, d'ailleurs, conséquence maintenant bien connues, de certaines infections chez l'adulte, et qui se retrouvent chez les nouveau-nés.

Si nous voulons, après cette étude rapide, dresser le tableau des principales causes des hémorrhagies du tube digestif chez le nouveau-né, nous arrivons au résultat suivant :

Les hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés paraissent se produire sous l'influence d'agents divers qui sont :

L'asphyxie ou la gêne de la respiration agissant par le mécanisme décrit plus haut.

Le froid (?)

Les malformations du cœur.

L'ingestion de substances irritantes, en particulier des purgatifs.

Les lésions des centres nerveux au cours d'accouchements laborieux.

L'hémophilie héréditaire.

La syphilis, dont le mode d'action reste encore mal déterminé.

Diverses formes d'infection.

Malgré la richesse de cette étiologie, bien des cas restent obscurs, encore, et il est souvent impossible de déterminer la cause de certaines hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né.

C'est pourquoi on les a divisées en *hémorrhagies symptomatiques* et en *hémorrhagies idiopathiques* : division très défectueuse et tout artificielle. Toutes les hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés doivent être considérées comme symptomatiques d'un état morbide géné-

ral ou local. Cet état, nous ne pouvons pas toujours le diagnostiquer; mais il ne faut pas, pour cela, nier son existence, et le terme d'hémorrhagie idiopathique ne sert pour le moment qu'à masquer notre ignorance, et ne répond à rien de réel.

Ce qui le prouve, c'est que le cadre des hémorrhagies dites idiopathiques se réduit de plus en plus, à mesure que l'étude en est mieux et plus complètement faite.

Ceci dit, nous pouvons étudier maintenant la fréquence, les principaux symptômes et la marche des hémorrhagies gastro-intestinales.

On peut affirmer tout d'abord, que les gastro-entérorrhagies des nouveau-nés sont rares. Si on consulte les différentes statistiques publiées, on trouve que les chiffres extrêmes sont de 1/5000 (Hecker) à 1/600 (Eustache). En moyenne, on trouve 1 cas de gastro-entérorrhagie pour 900 à 1000 accouchements.

Le plus souvent l'hémorrhagie se produit dans les trois premiers jours qui suivent la naissance; rarement dans les premières heures, très rarement aussi après la première semaine.

Enfin, le plus souvent, on observe l'hématémèse et le melæna associés; moins fréquemment le melæna isolé; plus rarement encore l'hématémèse seule.

C'est ce qui ressort des statistiques suivantes que j'emprunte à l'excellent travail d'Hermay :

Statistique de Kling (17 cas) :

- 9 fois hématomèse et melæna.
- 7 — melæna seul.
- 1 — hématomèse seule.

Statistique de Silberman (42 cas) :

- 25 fois hématomèse et melæna.
- 10 — melæna seul.
- 7 — hématomèse seule.

Statistique de Düsser (76 cas) :

- 30 fois hématomèse et melæna.
- 35 — melæna seul.
- 11 — hématomèse seule.

Dans les quatre cas que j'ai observés, deux fois les enfants ont rendu du sang par la bouche et par l'anus, et deux fois il n'y a eu que du melæna sans hématomèse.

Fait à noter : quand il y a hématomèse, c'est le symptôme de début, au moins le plus souvent, et le melæna ne paraît que secondairement.

Dans l'hématomèse, le sang rejeté est généralement rouge. Dans un certain nombre de cas, cependant, il est coagulé et présente une coloration noirâtre. Le premier vomissement est souvent composé de sang pur, mélangé à quelques mucosités. Si l'enfant prend le sein, la tétée peut être suivie et est fréquemment suivie du rejet de lait de sang mélangés.

L'hématémèse est habituellement très vite constatée; les taches de sang sur l'oreiller et sur les vêtements étant très apparentes.

Le melæna est aperçu, sauf les cas d'hémorrhagie très abondante dans lesquels les signes généraux attirent l'attention, seulement au moment où on démaillotte l'enfant. Le sang expulsé peut se présenter alors sous deux aspects différents. Tantôt il est *pur*, formant sur les langes de larges taches, ou des *caillots de coloration franchement rouge*; tantôt il forme une *masse noirâtre, poisseuse*, très semblable au méconium avec lequel on pourrait le confondre si un peu de sang, infiltrant les linges, ne produisait aux limites des selles, une zone de coloration rose caractéristique. C'est ce signe qui permet d'éviter toute confusion quand le sang est expulsé mélangé au méconium. (A suivre.)

MÉNINGISME ET MÉNINGITES

Par le Dr G. Pochon,
Ancien interne des hôpitaux.

La classification des méningites a de tout temps préoccupé les cliniciens; les découvertes bactériologiques ont déjà fort éclairé la question en révélant les causes premières, mais trop souvent la difficulté persiste quand il s'agit de l'analyse et de l'interprétation des symptômes morbides.

Pour ce qui est de la méningite tuberculeuse en parti-

culier, la diversité de ses formes, l'inconstance de ses manifestations rend parfois le diagnostic difficile, sinon impossible. Notre regretté maître Legroux, dans ces causeries intimes qui donnaient tant de charme à son enseignement de l'hôpital Trousseau, disait un jour, à ses externes, à la veille du concours de l'internat : « Si vous aviez à traiter de la méningite tuberculeuse, il vous serait plus difficile qu'à d'autres de faire une bonne question parce que vous la savez trop. » Paroles d'un sens profond sous son apparence paradoxale, exprimant combien il y a loin des descriptions didactiques, schématisées à dessein par les auteurs, au tableau clinique tel qu'il se révèle au lit du malade.

On connaissait depuis longtemps des syndromes rappelant la méningite tuberculeuse, mais évoluant le plus souvent dans des conditions particulières et se terminant fréquemment par la guérison. Ces formes ont étonné bon nombre d'observateurs, d'autres ont cru à une heureuse terminaison d'une maladie ordinairement mortelle et ont proclamé la curabilité possible de la méningite tuberculeuse.

E. Dupré, au Congrès de Lyon 1894, réunissait toutes ces formes sous une dénomination commune : « le ménin-gisme » et ce mot devait servir à désigner, depuis cette époque, tous les états pathologiques simulant la tuberculose des méninges, guéris, ou bien suivis de décès, ce qui est rare, mais sans lésions anatomiques de méningite tuberculeuse.

De tous côtés, aussi bien en France qu'à l'étranger, de

nombreuses observations ont été publiées, après l'apparition du mémoire de Dupré. On a même sorti de l'ombre des faits antérieurs, non classés jusqu'alors, et le méningisme a englobé tout ce qui était inexpliqué dans un certain cadre de maladies.

Il nous a paru intéressant de chercher à classer les faits en nous servant des observations connues et surtout d'un certain nombre d'observations inédites, personnelles ou communiquées. Nous nous sommes attaché à remonter aussi haut que possible dans les antécédents et à rechercher ce qu'étaient devenus les malades depuis leur guérison.

Nous n'aurons pas de sitôt le dernier mot sur la question du méningisme ; le terme fut heureux, il méritait son succès. On s'explique la faveur qui accueillit la description du syndrome ; c'était un commencement d'ordre dans des idées confuses, un point de départ d'études nouvelles.

D'autre part, à côté du tableau de la méningite tuberculeuse, et de son pronostic si fatal que les auteurs, Trousseau, Jaccoud, Cadet de Gassicourt en parlent avec tristesse, il semble qu'on ait de la joie à pouvoir espérer alors que le tableau clinique est le plus sombre.

C'est la pensée qu'énonçait Cadet de Gassicourt dans une leçon clinique faite à l'hôpital Ste-Eugénie en 1887. « L'hésitation permet l'espérance, au moins dans les premiers jours... On pourrait presque dire, en forçant un peu l'expression de la vérité, qu'en présence de la méningite tuberculeuse, le devoir du médecin n'est pas le même qu'en face les autres maladies ; tandis que tous ses efforts

tendent à reconnaître celles-ci le plus tôt possible, il doit se résigner le plus tard possible à affirmer celle-là ; car le jour où le diagnostic est établi, il ne lui reste plus qu'à se croiser les bras, dans une impuissance découragée, et à assister en simple spectateur au drame qui se déroule devant ses yeux. »

Historique

Avant d'entreprendre l'étude clinique et pathogénique des faits actuellement classés sous le nom de méningisme il n'est pas sans intérêt de reprendre rapidement l'histoire de la méningite tuberculeuse ; nous y verrons que les formes qui nous occupent ont été observées et commentées à des dates déjà anciennes, et faire l'historique de la méningite tuberculeuse sera faire en même temps celui du méningisme.

Les auteurs anciens savaient reconnaître la nature encéphalique des symptômes ; Hippocrate, Mercurialis, Bonnet, Sennert, Borsieri, etc., en parlent, de façon à laisser peu de doute à cet égard, mais ils ne séparent pas les lésions du cerveau de celles de ses enveloppes, les désignant sous le nom collectif de phrenesis, phrénésie.

Plus tard elles seront dissociées (Meibomius, Willis et Morgagni), et la méningite sera appelée arachnitis, arachnoïdite, piitis, pie-mérite, selon l'opinion adoptée par tel ou tel auteur sur la localisation de la phlegmasie.

Sauvages, en 1763, lui donne le nom d'eclampsia ab hydrocéphalo ; Whytt (1768) et Fothergill (1761),

l'appellent hyprocéphalie interne ; Cullen, apoplexie hydrocéphalique. Puis viennent les désignations de : fièvre cérébrale (Chardel, Gardien, Capuron) ; encephalitis exsudatoria infantum (Wendt, Bischoff) ; méningitis (Herpin) ; méningite aiguë des enfants (Senn, 1825) ; méningo-céphalite (Charpentier, 1816) ; irritation encéphalique des enfants (Piorry, 1822, Huschey) ; méningite granuleuse (Guersent, 1827).

Enfin Papavoine, en 1830, substitue le nom de méningite tuberculeuse à celui de méningite granuleuse créé peu auparavant par Guersent (1827) qui avait découvert les granulations.

A partir de cette date la plupart des auteurs admettent cette dénomination ; nous citerons Ruz (1835), Gerhard (1834), Piet (1836), Fabre (1830), Constant (1830), Green, Lediberder (1837), Becquerel, Rilliet, Barthez (1843), Legendre (1846). Il est peu de maladies qui aient une telle synonymie ; la diversité de ses manifestations explique ces incertitudes autant que l'absence de notions anatomiques.

La lésion causale découverte, l'entente se fit aisément sur la dénomination après que Demongeot de Confevron eut affirmé la nature tuberculeuse des granulations décrites par Guersent. Celui-ci établit une distinction entre la « méningite tuberculeuse » et la « méningite simple » ou « non tuberculeuse » confondues encore peu de temps auparavant par Parent Duchâtelet et Martinet (1821).

Guersent s'exprime ainsi dans l'article Méningite du

Dictionnaire en trente volumes : « Cette distinction repose sur des considérations d'anatomie pathologique bien tranchées, et d'autant plus importantes qu'elles coïncident avec des désordres physiologiques assez constants pour qu'il soit possible, dans le plus grand nombre des cas, d'arriver à reconnaître et à distinguer ces deux maladies qui offrent d'ailleurs, *quant au pronostic* et au traitement, des conséquences très différentes. »

Guersent écrivait ces lignes en 1839; nous savons ce qu'il faut penser de ces méningites aiguës non tuberculeuses. On peut croire sans témérité que parmi les cas qui ont frappé cet auteur au point de l'amener à créer une division nouvelle, il en fut qui seraient aujourd'hui du méningisme.

En recherchant chez les auteurs plus anciens on trouve certaines observations, certaines réflexions qui prouvent que leur sagacité avait été mise en éveil par des faits anormaux. Cullen, en 1785, dans les *Éléments de médecine pratique* (traduction de Bosquillon) dit au chapitre IV du tome premier (*De la Frénésie*) : « On a observé plusieurs des symptômes qui indiquent communément cette maladie dans des cas où l'on pouvait présumer, d'après certaines considérations, qu'il n'y avait pas d'inflammation interne, et où l'ouverture des cadavres même l'a prouvé. »

Quelles sont ces « certaines considérations » ? Cullen ne s'en explique pas; il n'en est pas moins extrêmement intéressant de noter cette remarque en la rapprochant de nos observations modernes, telles que celles de Claisse

et de Bergé devenues classiques, et sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Guersent (1839) cite également des cas de méningite dans lesquels il fut impossible de reconnaître à l'ouverture des corps aucune altération « appréciable aux sens » ni dans les membranes, ni dans la pulpe cérébrale ou cérébelleuse.

P. Franck en 1820 (traduit du latin par Goudareau) est plus explicite encore. « Comme toutes les autres, dit-il, l'inflammation de l'encéphale (et de ses enveloppes) peut être vraie ou *fausse* érysipélateuse; dans le premier cas elle s'accompagne d'une fièvre inflammatoire; dans le second cas elle se complique avec une *fièvre nerveuse* qui lui donne son caractère de malignité, ou avec une *affection gastrique* dont elle emprunte la nature..... » et, plus loin, l'auteur ajoute : « Mais, comme l'encéphalite est rare, et l'embarras gastrique très commun, il est évident que les saburres ne la déterminent pas aussi souvent qu'elles produisent l'inflammation de la gorge et des yeux ».

On pourrait croire ces lignes écrites hier; elles renferment la pathogénie des méningites. A plusieurs reprises dans le cours de son voyage, P. Franck insiste sur l'inconstance des symptômes de la frénésie, sur les difficultés du diagnostic et du pronostic.

Au point de vue de la pathogénie, nous retrouvons chez Guersent les mêmes idées, plus conformes encore à nos connaissances actuelles. Parlant de trois ou quatre faits de méningite qui se sont offerts à son observation, carac-

térisés par de l'abattement, de la somnolence, des convulsions, l'auteur fait remarquer que les sujets de ces observations étaient de jeunes enfants affectés d'entérite chronique et de pneumonie lobulaire, chez lesquels les symptômes cérébraux « pouvaient tout aussi bien appartenir à une simple réaction sympathique de la maladie gastro-intestinale et pulmonaire sur le cerveau qu'à la lésion matérielle des méninges ».

Chomel en 1856 (*Pathologie générale*), étudiant les manifestations qui accompagnent généralement les lésions de l'encéphale et de ses enveloppes, affirme qu'elles n'ont de valeur certaine pour le diagnostic que si elles présentent un ensemble complet; c'est ainsi qu'il se refuse à reconnaître une sérieuse importance à la céphalée, au délire, aux convulsions, au coma, même associés, si à ces symptômes ne s'ajoutent les raideurs musculaires ou les paralysies partielles, les troubles de la sensibilité générale ou locale.... Or nous verrons que les formes qui nous occupent sont souvent caractérisées par l'absence de quelques-uns des symptômes de la méningite tuberculeuse, particularité dont on a proposé de tirer parti pour le diagnostic différentiel.

Chomel ajoute à propos des convulsions : « Celles qu'on observe chez les enfants dans la première période des fièvres éruptives et dans le travail de la dentition, celles qu'on observe dans les attaques d'hystérie, chez les femmes en couche, dans quelques formes de fièvres vernicieuses, ou sous l'influence de certains agents toxi-

ques sont manifestement indépendantes de toute maladie cérébrale proprement dite ».

Cet énoncé, qui paraît s'appliquer aux convulsions en particulier, embrasse également dans l'idée de l'auteur les symptômes dont nous parlions tout à l'heure.

Nous pourrions ajouter d'autres exemples et d'autres citations, ce que nous avons dit montre suffisamment que, s'il leur manquait le terme pour s'exprimer, les auteurs connaissaient le syndrome.

Bouchut est le premier qui ait nettement envisagé la question; il appelle « pseudo méningites » ces formes particulières, et signale comme le caractère le plus important la guérison. Dans son *Traité des névroses congestives de l'encéphale* (1866), nous trouvons deux observations de malades ayant présenté des symptômes de méningite : somnolence, céphalée, constipation, vomissements, cris hydrencéphaliques, et guéris. « La guérison, dit Bouchut, est une raison et des meilleures, pour croire qu'il n'y avait là qu'une pseudo-méningite. » — « D'ailleurs, ajoute-t-il, ces faits ne sont pas les premiers que j'observe. C'est là une maladie réflexe de l'encéphale que plusieurs causes concourent à produire et dont vous rencontrerez assez souvent des exemples. Dans les cas que vous venez de voir, la forme est inusitée, exceptionnelle; mais là où vous trouverez la pseudo-méningite avec ses caractères habituels, c'est dans l'état cérébral réflexe de l'enfance, produit par l'angine tonsillaire aiguë, par certaines maladies éruptives et inflammatoires et par les maladies vermineuses ».

Bouchut établit ensuite une classification des pseudo-méningites et les divise en quatre groupes :

- 1° Pseudo-méningite utérine et chlorotique ;
- 2° Pseudo-méningite intestinale et vermineuse ;
- 3° Pseudo-méningite gastrique ;
- 4° Pseudo-méningite de l'angine tonsillaire et des maladies aiguës.

Depuis Bouchut ces formes sont connues, et la littérature médicale renferme un certain nombre d'observations analogues, Chantemesse dans son étude des formes anormales de la méningite tuberculeuse de l'adulte (Th. 1884), parle d'un certain nombre de malades qui présentaient le tableau de la maladie et qui ont guéri : « ils n'avaient jamais été en proie qu'à des phénomènes pseudo-méningitiques de l'hystérie ».

Les premières tentatives de microbiologie, appliquées aux méningites, remontent à 1875. Elles ont été effectuées par Klebs dans un cas de méningite tuberculeuse consécutive à une pneumonie.

Peu de temps après, Eberth trouva, dans un cas de méningite avec pneumonie, des cocci, tantôt isolés, tantôt réunis en diplocoques. Il trouva les mêmes micro-organismes dans les poumons, et put ainsi indiquer nettement la relation si discutée entre la méningite et la pneumonie.

Leyden, en 1883, Leichtenstern, Senger en 1886, firent des découvertes analogues ; ce dernier, dans l'examen de cinq cas de méningite purulente secondaire à la pneumonie

trouva dans l'exsudat des méninges et des ventricules, de nombreux cocci munis d'enveloppes. Il fit des cultures et inocula des animaux, particulièrement la souris qui présentait une grande sensibilité.

Fraenkel, la même année, trouva dans une méningite cérébro-spinale consécutive à une pneumonie, un coccus identique au *diplococcus pneumoniae* de Weichselbaum. Le même microbe fut retrouvé peu après par Foa et Bordoni Ufrezuzzi.

Weichselbaum décrivit, dans d'autres cas, un microbe spécial qu'il appela le « *diplococcus intracellularis meningitidis* », qui fut retrouvé depuis par Goldsmith et par Netter.

En 1886, Netter remettait aux *Archives générales de médecine* un mémoire qui fut publié l'année suivante. Dans ce travail (*De la méningite due au pneumocoque*) (avec ou sans pneumonie) l'auteur relatait un certain nombre de faits établissant la cause des troubles méningés pneumoniques, et prouvant que l'élément pathogène était le même dans le poumon et dans les enveloppes encéphaliques.

Depuis, Goldsmith, Ortmann, Häuser, Bonome, Renvers, Monti, Bozello, et plus récemment de nombreux auteurs, parmi lesquels Bergé, Fernet, etc., ont publié des observations analogues.

On ne s'en est pas tenu au pneumocoque; de nombreuses publications ont établi que la méningite peut être due à d'autres éléments pathogènes. On a trouvé dans les

exsudats le streptocoque. La première observation est de Krause, il s'agissait d'une méningite survenue au cours d'une arthrite suppurée.

Le premier cas publié de méningite due au staphylocoque appartient à Galippe (*Journal des connaissances médicales*, 1889); le point de départ était un abcès de la région maxillaire consécutif à l'évolution d'une dent de sagesse.

Le bacille d'Eberth a été trouvé par Neumann et Schæffer, Chantemesse et Widal, Adenot, Girode.

Roux, de Lyon, Netter, Vaillard et Vincent; ont trouvé le « bacillus coli communis ».

Souvent aussi on a noté des associations microbiennes dans les méningites; c'est ainsi qu'au cours d'une pneumonie, Netter a trouvé le streptocoque dans les méninges. Monti a trouvé le staphylocoque associé au diplocoque de Talamon-Fraenkel. Renvers, en 1889, a signalé un cas dans lequel le streptocoque et le staphylocoque étaient associés au pneumocoque.

Tous ces faits, et ceux qui les ont suivis, ont pu être classés grâce aux recherches bactériologiques. Mais à côté de ces cas dans lesquels la mort a permis de constater la nature de l'élément infectieux, il en restait en grand nombre, que la guérison laissait inexplicés, et dont l'évolution avait ressemblé à celle des cas mortels.

L'épidémie de grippe de l'hiver 1889-90, fut riche en faits de ce genre, et nombreuses furent les observations publiées concernant principalement les enfants.

M. P. Le Gendre, en décembre 1889, sous ce titre « la

grippe actuelle chez les enfants » publiait dans la *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance* plusieurs observations de troubles nerveux à forme méningitique. Puis vinrent successivement M. Comby, M. Gaucher, M. Sevestre qui présentèrent des cas semblables à la Société médicale des hôpitaux. De nombreuses observations ont été publiées depuis.

A celles-ci se joignirent d'autres cas de méningite dont la cause était inconnue, survenant de préférence chez des sujets nerveux, chez lesquels existait une sensibilité exagérée des régions corticales ; telles sont les observations de Aucher, Bergé, Claisse dans lesquelles la mort est survenue sans qu'on puisse trouver à l'autopsie de lésion expliquant les troubles encéphaliques.

Au Congrès de Lyon 1894, séance du 26 octobre, E. Dupré proposa de réunir tous ces faits disparates et d'apparence paradoxale sous la dénomination générale de « méningisme » ; son but était de les réunir sous un *nom* collectif, qu'il rapprochait du terme de « péritonisme », créé par Gubler.

Dupré a voulu surtout créer un *mot* qui permit de classer un ensemble de faits épars ; il le dit clairement : « Le terme de méningisme a l'avantage de réserver une *formule spéciale* à une catégorie spéciale de faits. »

Parlant ailleurs du péritonisme, l'auteur ajoute : « ce néologisme a fait fortune parce que, correspondant à un ordre de phénomènes vraiment spécial, il satisfait à un réel besoin du langage pathologique. Pour les mêmes

raisons, et en invoquant ce précédent, je propose de désigner l'ensemble des zones méningo-corticales et indépendantes de toute altération anatomo-pathologique durable par le terme de « méningisme ».

Ce terme s'applique essentiellement aux cas qui guérissent : « L'efficacité du traitement et la *soudaineté* de la terminaison favorable sont les éléments tardifs, mais décisifs du diagnostic. »

Depuis le mémoire de Dupré de nombreuses observations de méningisme ont été publiées. Plusieurs communications importantes ont été faites à la Société médicale des hôpitaux au début de l'année dernière par MM. Huchard, Comby, Gaillard, Burlureaux, Séglas, Gilles de la Tourette, Hutinel..., nous y reviendrons en détail.

(à suivre)

CORPS ÉTRANGER DU LARYNX

Trachéotomie. Guérison.

Par G. Pochon, interne des hôpitaux.

L'observation suivante est celle d'une fillette de 9 ans, Lucie B..., de bonne santé habituelle, robuste pour son âge.

Le 26 février dernier, nous nous trouvions à Lagny, dans le courant de l'après-midi, lorsque nous fûmes prié par un de nos collègues, le Dr Naudier, d'accompagner à Paris la jeune Lucie B..., dont l'état était inquiétant.

A onze heures du matin, l'enfant jouait en mangeant des

noix, lorsque tout à coup, sous l'influence d'une inspiration brusque, succédant à un éclat de rire, un morceau de noix s'introduisit dans les voies respiratoires, et provoqua une suffocation immédiate.

L'enfant pouvait cependant parler, mais avec une voix enrrouée ; les efforts de toux étaient douloureux et ne parvinrent pas à expulser le corps étranger.

En l'absence d'un médecin (l'accident s'était passé dans un village voisin de Lagny), on administra à l'enfant deux vomitifs successifs qui la fatiguèrent et ne furent suivis d'aucun résultat favorable. La respiration devenait progressivement plus difficile, et l'enfant accusait une cuisson au niveau du larynx.

En face de cet état, l'enfant fut amenée de Guermande à Lagny en voiture, ce qui représente une demi-heure environ de trajet. Le Dr Naudier, aussitôt appelé, la vit à trois heures et demie, et jugea qu'il était nécessaire d'intervenir d'urgence. Mais l'enfant n'avait pas de domicile à Lagny ; d'autre part, sa grand'mère, chez qui elle habitait à Guermande, se refusa obstinément à la conduire dans un hôtel, et surtout à laisser pratiquer une opération en l'absence de ses parents, domestiques à Paris. Ni raisonnement, ni supplications ne purent vaincre cette obstination, et il fut décidé, en désespoir de cause, que l'enfant serait conduite au plus vite à Paris.

C'est alors que nous reçûmes la mission périlleuse de l'accompagner et de faire le nécessaire. Nous vîmes l'enfant pour la première fois à la gare à quatre heures et quart ; elle paraissait très fatiguée, ses lèvres étaient violacées, la face, pâle, portait l'empreinte de l'angoisse, la respiration était difficile : l'expiration se faisait presque normale, mais l'inspiration était difficile, sifflante comme dans le croup ; la voix était faible, rauque, mais pas complètement éteinte.

Nous partîmes de Lagny à quatre heures et demie avec l'enfant, sa grand'mère et une cousine. On conçoit les trances de ce voyage qui dura une heure, et avec quelle anxiété, au moment du départ, nous attendions l'effet des premières secousses du train. Elles eurent tout d'abord pour résultat de provoquer une quinte de toux, au cours de laquelle l'enfant devint cyanosée ; cette quinte terminée, le calme se rétablit. A plusieurs reprises nous vîmes l'enfant pâlir ; elle se plaignait d'étouffer, était prise de frissons, et accusait un grand froid aux pieds.

Enfin nous arrivâmes tous ensemble à la gare de l'Est à cinq heures et demie, après bien des angoisses.

Nous n'avions plus qu'une issue, c'était de conduire l'enfant au plus tôt à l'hôpital Saint-Louis. Pendant que la cousine courait prévenir les parents de l'enfant, nous nous dirigeâmes vers l'hôpital où nous arrivions quelques minutes plus tard.

L'enfant était épuisée ; cette dernière partie du voyage, à cause des secousses de la voiture, avait été beaucoup plus périlleuse que le trajet en chemin de fer ; à plusieurs reprises la petite malade avait eu des accès de suffocation, avec affaiblissement extrême du poulx, pâleur livide, à tel point que nous eûmes la crainte de ne pas arriver à temps.

Dès son entrée à Saint-Louis, nous la fîmes transporter dans le service de notre maître, M. le Dr Richelot, où tout fut immédiatement préparé pour la trachéotomie. L'enfant eut alors un peu de calme, les accès cessèrent, mais la respiration demeurait très gênée, avec tirage sus et sous-sternal ; voix complètement éteinte.

Dans l'espoir d'enlever le corps étranger par la bouche, nous fîmes, avec notre collègue Laurens, un examen laryngoscopique qui nous permit d'apercevoir une masse volumineuse, blanchâtre, profondément située dans le larynx,

et recouverte en partie par les cordes vocales inférieures; celles-ci étaient rouges et oedématisées. Le corps étranger était donc fixé dans le larynx, immédiatement au-dessous des cordes vocales inférieures. Nous fîmes une tentative d'extraction directe au moyen d'une longue pince courbe, mais ces manœuvres provoquèrent de nouveaux accès de suffocation, et en raison de l'affaiblissement croissant de l'enfant, nous dûmes les abandonner. Mais quand il s'agit de trachéotomie, de nouveau survint l'opposition formelle de la grand'mère que nous ne pûmes parvenir à convaincre. L'enfant cependant était asphyxiant, lorsqu'arriva son père qui, en présence du danger, donna immédiatement son consentement.

Nous pratiquâmes la trachéotomie à six heures et demie; l'opération se fit aisément, et l'enfant fut aussitôt soulagée. Nous laissâmes provisoirement en place le corps étranger pour ne pas prolonger l'intervention.

La nuit suivante fut calme, la respiration normale bien qu'un peu rapide.

Le lendemain matin l'enfant était agitée, le thermomètre marquait 38° sous l'aisselle, le pouls était à 120; par la canule s'écoulait, sous l'influence de la toux, du pus peu épais, jaunâtre. Respiration normale; à l'auscultation on ne constatait aucun bruit morbide dans les poumons. Il fallait donc admettre que le pus provenait du point où se trouvait enclavé le corps étranger; il était très vraisemblable d'ailleurs que les vomitifs et les transports successifs avaient provoqué des ulcérations dans la zone enflammée. L'examen microscopique du pus nous révéla la présence de nombreux pneumocoques encapsulés.

Dans la matinée, un premier essai d'extraction fut fait par la plaie trachéale, mais provoqua des accès de toux qui obligèrent à endormir l'enfant. M. Richelot put alors, avec une

pince recourbée, morceler le corps étranger qui, dans un effort de toux, fut expulsé en plusieurs morceaux par la bouche ; il suffit, pour cela, d'obturer avec le doigt la plaie trachéale au moment où l'enfant toussait.

La masse que nous avions aperçue au laryngoscope, et qui avait provoqué tous les accidents, était constituée par le quart d'une grosse noix recouverte de sa pulpe.

La canule fut remplacée provisoirement ; nous pûmes l'enlever dans l'après-midi.

L'état général s'améliora d'ailleurs aussitôt après l'extraction du corps étranger ; pendant vingt-quatre heures persista un léger suintement muco-purulent par la plaie, puis la cicatrisation se fit rapidement. Afin d'éviter l'ensemencement des bronches par le pus venant du larynx, l'enfant fut maintenue isolée dans une chambre où l'on faisait de fréquentes vaporisations d'eucalyptus. Deux fois nous avons fait dans la canule une légère instillation d'huile mentholée.

Deux jours après l'ablation de la canule, l'enfant parlait à haute voix ; la plaie se ferma très vite, et elle sortit complètement guérie le 4 janvier.

Nous l'avons revue depuis, elle a absolument repris son état de santé habituelle, et ne se ressent nullement de l'accident ni de l'opération.

Nous insisterons en terminant sur un seul point de cette observation, sur la production rapide de la suppuration au niveau du corps étranger. Dans le cas présent, la terminaison a été favorable, mais on conçoit combien sont nombreuses, en pareille circonstance, les chances d'infection des voies respiratoires profondes. Il est donc urgent d'agir au plus vite, et radicalement, à moins d'être obligé par un danger plus grand, comme ici, de remettre

à plus tard l'extraction du corps étranger. Nous croyons prudent, en tous cas, de protéger préventivement les bronches par les vaporisations et les instillations anti-septiques.

SCARLATINE A RECHUTE

Par **G. Pochon**, interne des hôpitaux.

A la suite de la discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances du 5 et du 12 juin 1896, au sujet des rechutes de la scarlatine, il nous a paru intéressant de publier l'observation suivante; nous avons eu l'occasion de la recueillir récemment dans la clientèle de notre ancien collègue et ami le Dr Pescher.

Il s'agit d'une rechute de scarlatine aussi typique que possible, si l'on admet la définition qui en est donnée par le Dr Sanné dans le *Dictionnaire de Dechambre*, et que rappelait M. Comby à la Société médicale des hôpitaux, le 5 juin: « Il y a rechute lorsqu'une scarlatine nouvelle, bien caractérisée, bien complète en ses symptômes, survient pendant la convalescence de la scarlatine. »

OBSERVATION. — Adeline V..., âgée de 3 ans, de bonne santé habituelle et n'ayant eu antérieurement aucune fièvre éruptive ni autre maladie, est prise le 18 juillet dernier d'une angine pultacée avec fièvre intense suivies bientôt de l'exanthème caractéristique de la fièvre scarlatine. La maladie présenta une évolution normale, sans albuminurie,

sans complications. La marche de l'éruption fut régulière, et la desquamation apparut dans les derniers jours de juillet. (Communiqué par le D^r Pescher.)

Nous vîmes l'enfant, pour la première fois, le 1^{er} août. L'état général était bon ; pas de fièvre, pouls normal. Dans la gorge persistait une légère rougeur, sans enduit pultacé ; langue rouge. Aucun symptôme morbide du côté des organes internes.

La peau présentait sur tout le corps une desquamation commençante, finement écailleuse, sur le tronc et la racine des membres.

L'enfant pouvait donc être considérée comme étant en convalescence régulière.

Quatre jours après, le 5 août, se produisit une brusque élévation de température : 40°,2 dans le rectum. L'enfant était abattue, et, de nouveau, se plaignait de souffrir dans la gorge. Les amygdales étaient tuméfiées ; le fond de la gorge rouge, vernissé, mais sans exsudat. Langue rouge. En découvrant la malade, nous constatâmes une *éruption scarlatinoforme typique*, occupant les plis de l'aîne, la racine des cuisses, l'abdomen et les parties supérieures de la poitrine. Cet exanthème, rosé et granité, présentait absolument l'aspect de l'éruption scarlatineuse, et apparaissait nettement sous la desquamation, qui formait à sa surface une poussière épaisse blanc grisâtre.

Les extrémités étaient à leur tour en desquamation, celle-ci se faisant en larges écailles sur les pieds et les mains.

Trois jours après, le 8 août, l'éruption était généralisée, plus foncée aux endroits atteints les premiers. La face, peu intéressée, présentait cependant quelques marbrures qui se confondaient avec l'érythème du cou et de la nuque.

Température : 39°,7. Pouls : 130.

Pas d'albumine dans les urines.

La gorge demeurait rouge, sans enduit pultacé.

A partir de ce moment, l'éruption diminua progressivement; elle avait disparu le 12 août.

A cette date, la desquamation primitive avait abandonné presque complètement le tronc et la racine des membres; les mains et les pieds, au contraire, étaient recouverts de lambeaux d'épiderme.

Avec l'éruption, la fièvre avait disparu, ainsi que l'amygdalite, les piliers et les amygdales demeurant seulement légèrement congestionnés.

Vers le 16 août, il se produisit une *seconde desquamation* occupant principalement le tronc et le cou, et constituée par des squames plus larges et plus confluentes que les premières.

Aujourd'hui, la desquamation a presque entièrement disparu sur le tronc, mais elle occupe encore les extrémités.

L'état général est d'ailleurs excellent, et la convalescence suit régulièrement son cours.

Il ne nous paraît pas douteux qu'il ne s'agisse d'une *scarlatine à rechute*; tout porte à cette conclusion, aussi bien la marche de la maladie que les caractères de l'éruption et de la desquamation. D'autre part, aucun cas de scarlatine n'ayant existé dans l'entourage de la malade, on ne peut songer à une récurrence d'origine hétérogène.

Ce fait peut donc être considéré comme analogue à ceux rapportés à la Société médicale des hôpitaux par MM. Comby, Le Gendre et Lemoine.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Février 1897.

SOMMAIRE :

Les hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés, par le Dr M. OUI.....	33
Méningisme et méningites, par le Dr G. POCHON.....	46
Du prolapsus du rectum chez l'enfant, et de son traitement, par le Dr BROCA.....	57

LES HÉMORRHAGIES GASTRO-INTESTINALES DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Dr M. Oul.

Les hémorrhagies se répètent généralement plusieurs fois; elles sont, d'habitude, de moins en moins abondantes, le sang est de moins en moins rouge, si la guérison doit se produire. Dans le cas contraire, le sang rejeté reste pur, non modifié dans sa coloration et dans sa consistance, les évacuations se rapprochent ou deviennent plus abondantes. Mais dans la majorité des cas, et quelle que doive être la terminaison, les hémorrhagies ne durent guère plus de quarante-huit heures.

Les symptômes généraux sont très variables, suivant

(1) Voir n° de janvier 1897, p. 1.

l'abondance des hémorrhagies. Si l'hémorrhagie est peu abondante, les symptômes généraux font défaut.

Dans les autres cas, on retrouve tous les phénomènes qui accompagnent les grandes pertes de sang : pâleur générale des téguments, perte des forces (l'enfant n'a plus la force suffisante pour téter) — pouls rapide et filiforme — irrégularités de la respiration qui souvent prend le caractère spasmodique. Chute de la température, etc. Ce dernier symptôme n'existe pas toujours, et dans certains cas où l'hémorrhagie paraît liée à un état infectieux, il peut y avoir élévation de température.

Telles les observations de Rudaux (service de Varnier) dans lesquelles la température atteint 38°,5, celle d'Eröss dans laquelle la température arriva à 39°,1, une demi-heure avant la mort.

Enfin, nous savons que souvent, dans ces cas d'origine infectieuse, les hémorrhagies gastro-intestinales sont associées à d'autres manifestations du même genre. omphalorrhaphies, purpura (observations de Rilliet et Barthez, de Weiss, de Dungern, etc.). Les mêmes faits s'observent dans la syphilis.

Le poids de l'enfant baisse généralement d'une façon brusque sous l'influence de l'hémorrhagie, et il continue les jours suivants. Cette diminution persistante tient à ce que l'estomac est peu tolérant chez les enfants très anémiés, et que, par conséquent, leur alimentation reste insuffisante pendant quelque temps. Dans quelques cas, même, l'enfant qui a résisté sur le moment à des hémor

rhagies très abondantes, ne peut arriver à réparer ses forces, et succombe plusieurs jours après la dernière perte de sang.

La physionomie des différents cas peut donc être très variable ; non seulement, avec l'abondance ou la fréquence des hémorrhagies, mais aussi avec la cause même qui les produit. C'est de l'étude de tous ces éléments qu'est fait le diagnostic.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic ne peut hésiter qu'entre l'hémorrhagie gastro-intestinale vraie, et ce qu'on a appelé le *melæna spuria*.

En face d'un enfant qui vomit du sang, ou qui rend des selles sanglantes, il faut donc rechercher tout d'abord si rien autre qu'une hémorrhagie de l'estomac ou de l'intestin ne peut expliquer ces symptômes. On examinera avec soin s'il n'existe pas chez la nourrice des gerçures du mamelon ; si l'enfant ne présente pas des excoriations de la cavité buccale ou du pharynx. On se rappellera, enfin, que la section du frein de la langue, heureusement bien abandonnée aujourd'hui, mais encore pratiquée par quelques matrones, donne souvent lieu à une hémorrhagie abondante, et que le sang dégluti peut être ensuite vomi ou rejeté par l'anus.

Une fois cette recherche effectuée, et ces diverses causes d'erreur éliminées, le diagnostic s'impose, et ne souffre habituellement aucune difficulté. Nous avons vu plus haut que le mélange du sang altéré par son séjour dans l'intestin avec le méconium pouvait prêter à une

confusion qui sera évitée par l'examen attentif des langes.

Reste le diagnostic étiologique, qui a son importance, mais qui n'est malheureusement pas toujours facile à établir.

On pensera à une infection si l'hémorrhagie gastro-intestinale s'accompagne de fièvre, d'ictère, ou coïncide avec du purpura, de l'omphalorrhagie, etc... Il faudra également se préoccuper de la syphilis, en rechercher l'existence chez les parents, et les lésions chez l'enfant.

Le plus souvent, on restera dans le doute, ce qui influera sur le pronostic, et ne laissera place qu'à un traitement symptomatique.

PRONOSTIC. — Le pronostic doit se baser sur l'abondance et la fréquence des hémorrhagies, sur les causes qui les ont amenées, quand toutefois ces causes peuvent être diagnostiquées.

Si les hémorrhagies sont peu abondantes, et ne durent pas plus de 48 heures, le pronostic sera relativement favorable. Il en est tout autrement si l'écoulement sanguin se reproduit avec ténacité, ou s'il est sous la dépendance d'un état infectieux évident, ou d'une malformation congénitale du cœur, qu'on ne diagnostique guère, d'ailleurs pendant la vie.

En 1890, Dusser donnait une proportion de 55 p. 100 de mortalité. En 1893, j'avais, en réunissant 87 cas, obtenu une proportion de 51,6 p. 100 de morts. Sur les 34 cas relatés dans la thèse récente d'Hermay, on trouve 18 morts et 17 guérisons, soit une mortalité de 51,4 p. 100.

Tous ces chiffres, on le voit, concordent à peu près, bien que certains auteurs citent des décès au nombre de 84 p. 100 (Minot de Boston).

Mais il faut être prévenu que le pronostic ne doit pas être basé seulement sur la mortalité immédiate. Beaucoup des enfants qui guérissent se ressentent longtemps de ces accidents des premiers jours. Ils restent faibles, anémiés, difficiles à nourrir. Rilliet et Düsser ont signalé que leur développement s'effectuait mal et lentement.

Ces sujets restent donc exposés, au moins pendant la première enfance, à toutes les maladies intercurrentes. Leur énergie vitale est diminuée, leur organisme est moins résistant ; ils sont dans des conditions défavorables pour traverser la première période de l'existence, et ont besoin de soins tout particuliers.

TRAITEMENT. — Surveiller l'alimentation du premier jour et éviter au tube digestif un travail trop actif, nous semble, dans une certaine mesure, constituer un traitement préventif de l'hémorrhagie intestinale. » Tel est le conseil donné par Ribemont dans sa thèse d'agrégation. C'est la seule recommandation qu'on puisse faire, au point de vue de la prophylaxie.

Quelles sont, une fois l'hémorrhagie produite, les indications à remplir ?

1° Décongestionner l'intestin, pour faciliter l'arrêt de l'hémorrhagie.

2° Soutenir le nouveau-né et combattre son état d'anémie.

3° Agir sur la peau pour en activer la circulation.

4° Traiter, *s'il y a lieu*, la maladie générale, cause première de l'hémorrhagie.

Il est, tout d'abord, une précaution à prendre, dont l'importance est très grande. Il faut que les mouvements respiratoires de l'enfant soient absolument libres, et que rien ne vienne les gêner. Aussi, *les langes ne doivent pas être serrés, et les vêtements doivent être assez lâches pour ne s'opposer en rien à l'ampliation thoracique.*

Ce point important étant bien fixé, et la réalisation en est facile, nous pouvons, dès maintenant, dire que certains moyens nous permettront de répondre en même temps à plusieurs des indications que nous avons posées.

Réchauffer l'enfant, par un procédé quelconque ; ce sera en effet, décongestionner l'intestin (1^{re} indication) ; soutenir les forces en évitant le refroidissement (2^e indication) ; activer la circulation cutanée (3^e indication).

Voilà donc un moyen physique : la chaleur, qui présente de multiples avantages, et qui doit être employée tout d'abord.

Le meilleur mode d'emploi, c'est *la couveuse*. L'enfant, enveloppé d'ouate, sera placé dans une couveuse, qu'on maintiendra à une température variant de 35° à 37°, et il y restera jusqu'à ce que la convalescence s'établisse, c'est-à-dire jusqu'à ce que son poids augmente régulièrement depuis plusieurs jours. Encore, en le sortant de la couveuse, faudra-t-il veiller avec soin à la température de la chambre dans laquelle il séjournera, de façon à lui

éviter des changements trop brusques de température.

On ne trouve pas, il est vrai, de couveuses dans toutes les localités ; mais, en se contentant du modèle simple de Tarnier, chauffée à l'aide de réservoirs de grès emplis d'eau bouillante, il est facile d'en faire rapidement construire une par n'importe quel menuisier de village.

Si d'ailleurs on ne possède pas de couveuse, et si la construction en est impossible ou trop lente, on peut avec avantage employer, comme l'a fait Loranchet, *l'enveloppement dans l'ouate chauffée*. « Cette ouate, ainsi chauffée, absorbe, dit Loranchet, une quantité de calorique énorme, car on me fit voir le lendemain sur le talon de l'enfant une petite phlyctène. Je crois le procédé de l'ouate — moins la phlyctène — préférable aux autres, tels que sinapismes, frictions aromatiques ou stimulantes, etc., car si par ces derniers moyens on obtient une rubéfaction artificielle à la peau, l'enfant n'en est pas moins obligé de faire les frais du calorique, tandis qu'avec l'ouate chaude, il emprunte à celle-ci la quantité de chaleur qui lui est nécessaire pour harmoniser ses fonctions. »

L'enveloppement dans l'ouate chaude me paraît comme à Loranchet un moyen recommandable ; mais la couveuse est préférable, car elle s'oppose à la déperdition du calorique par la surface pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, qu'on utilise la couveuse ou l'ouate chauffée, il ne faut pas négliger les *frictions générales avec de l'alcool*, qui sont un excellent stimulant de la circulation de la peau et qui agissent ainsi sur le fonctionne-

ment des centres nerveux et sur la respiration, fonction des plus importantes, souvent très troublée dans les cas d'hémorrhagies abondantes. *Les bains chauds*, à 40° environ, sont également très utiles. Ils produisent une rubéfaction très marquée, et agissent favorablement sur la respiration qu'ils régularisent.

Il est difficile d'alimenter régulièrement les nouveau-nés atteints d'hémorrhagies gastro-intestinales. Il est essentiel, en effet, de *ne pas surmener leur estomac* intolérant, et de *ne pas surcharger leur intestin*, et cependant, il faut relever et soutenir les forces. Enfin, les liquides ingérés doivent favoriser la vaso-constriction de l'estomac et de l'intestin.

Voici, à notre avis, comment il faut procéder :

L'enfant ne doit pas téter ; souvent, d'ailleurs, il n'en a point la force. On extraira, toutes les heures, soit à l'aide d'une téterelle, soit par expression du sein, une cuillerée à café du lait maternel, dans lequel on mettra de la *glace en fragments très petits*, et qu'on additionnera de *quelques gouttes d'eau-de-vie* (4 à 5 gouttes par cuiller). Ce lait glacé et légèrement alcoolisé est généralement très bien supporté, et on fait absorber à l'enfant 5 à 6 grammes d'eau-de-vie par vingt-quatre heures, quantité suffisante pour amener une stimulation très utile, et qu'il ne faut guère dépasser.

Faut-il administrer des médicaments à l'intérieur ?

Je ne pense point que les médicaments internes soient très utiles ; mais beaucoup d'auteurs en ont fait usage, et

nous allons passer rapidement en revue ceux qu'ils ont employés. On s'est adressé à l'*ergotine* (0,20 à 0,50 centigr.), à l'*extrait de ratanhia* (2 à 3 gr.) en potion. On a employé également le *perchlorure de fer*, le *tannin*, l'*alun*, etc... Mais, lorsqu'on se reporte aux observations, il est bien difficile de se convaincre du bon effet de ces différents médicaments.

Il me paraît, par contre, peu indiqué de surcharger de matières dites astringentes, en tout cas certainement irritantes, un tube intestinal qui demande avant tout le repos. Aussi, me suis-je abstenu, pour ma part, d'administrer aux enfants ayant une hémorrhagie du tube digestif, autre chose que du lait et de l'eau glacés légèrement alcoolisés, et je m'en suis, jusqu'ici, bien trouvé, ainsi que le prouvent les observations suivantes :

OBSERVATION (Personnelle).

Émile C..., est né à la clinique le 22 janvier 1893 à minuit.

Mère primipare. Accouchement normal et rapide par le sommet en O. I. G. A.

Le troisième jour, on s'aperçoit que l'enfant ne peut pas prendre le sein. On constate alors qu'il est pâle, absolument décoloré. Après l'avoir démaillotté, on trouve les langes enduits de *melæna* mélangé de *méconium* et de sang pur, le tout en grande quantité. Trois heures après, nouvelles selles sanglantes. Pas de vomissements.

Bain chaud à 40° environ. Lavement amidonné. Eau lcoolisée. Lait froid.

L'enfant est mis immédiatement dans la *couveuse*.

Le lendemain, à midi, l'enfant, qui avait pris à la cuiller quelques gouttes de lait froid, a encore une selle sanglante; mais l'hémorrhagie a été peu abondante.

Le séjour dans la *couveuse* a été continué jusqu'à la sortie, quatorze jours après la naissance. A ce moment, son poids restait stationnaire, et les tétées s'effectuaient régulièrement. Cependant, la diminution de poids avait été telle que l'enfant pesait encore 500 grammes de moins qu'au moment de sa naissance. Les tétées étaient insuffisantes comme quantité (45 grammes). Cette insuffisance était due à l'intolérance de l'estomac.

OBSERVATION (Personnelle).

Pierre B..., né à la clinique le 4 février 1893.

Mère primipare, accouchement normal et très rapide (six heures).

Le deuxième jour, à midi, en le démaillottant, on constata une selle sanglante mélangée de méconium. Le sang était absolument rouge. Dans l'après-midi, deux autres selles composées de sang pur en abondance. *Bains chauds. Fric-tions alcooliques. Lait alcoolisé. Couveuse. Inhalations d'oxygène.*

Dans la nuit, nouvelle selle sanglante. L'enfant devient livide et cesse de respirer.

Respiration artificielle. Bains chauds. Eau alcoolisée.

Sorti le treizième jour, ayant perdu jusqu'à 480 grammes de son poids initial et ne les ayant pas encore regagnés.

OBSERVATION (Personnelle).

J. T..., né le 1^{er} avril 1893.

La mère a fait, en 1890, à la suite d'une chute, un avort

ment de quatre mois. Les recherches faites pour trouver quelque symptôme de syphilis ne font rien constater.

Cet enfant est né par le sommet. L'accouchement a été normal, bien qu'un peu prématuré (huit mois et demi).

Le lendemain de sa naissance, le nouveau-né vomit du sang pur en assez grande abondance. On essaie de lui faire boire quelques gorgées de lait. Il les rejette. On a recours, alors, à divers moyens : *frictions alcooliques, inhalations d'oxygène, absorption d'eau alcoolisée*. Les vomissements se reproduisent à plusieurs reprises dans la journée. L'anémie se prononce ; la respiration devient difficile. Deux *ventouses sèches* appliquées sur la poitrine, semblent le ranimer un peu. Il prend quelques gorgées de lait et est placé dans la couveuse.

Le lendemain dans la matinée, on constate une selle sanglante abondante, sans mélange de méconium. Quelques autres se produisent dans la journée.

Cet enfant, placé dans la couveuse, et allaité par la mère avec les plus grands soins, est sorti de la clinique ayant dépassé largement son poids initial et augmentant très régulièrement depuis plusieurs jours. Cependant il était encore très pâle et très anémié.

OBSERVATION (Personnelle) (incomplète).

S..., née à la clinique, le 15 novembre 1892.

Mère primipare, sans antécédents pathologiques. Accouchement rapide (6 heures) et normal par le sommet.

Le 17 novembre, quarante-huit heures après la naissance, cette enfant présente du *melæna*.

Le lendemain 18, *hématémèses*.

Traitement : *Eau alcoolisée. Couveruse. Lait glacé en petite quantité.*

Sortie guérie.

Ces faits prouvent au moins que dans un certain nombre de cas, même graves, on peut se dispenser de faire ingérer aux enfants des astringents variés ; mais on peut peut-être, avec avantage, s'adresser à la voie sous-cutanée pour introduire dans l'organisme des médicaments actifs. C'est ainsi qu'on pourra avoir recours aux injections hypodermiques d'ergotine. On pourra aussi, dans les cas où il paraît exister une infection intestinale (selles fétides signalées par Eustache), employer à l'intérieur une solution de naphtol à 0,20/1000.

Un point sur lequel je tiens à attirer l'attention : Plusieurs auteurs ont employé contre l'hémorrhagie des *lavements astringents*. C'EST LA UNE MÉTHODE A REJETER. Le lavement ne peut agir sur l'hémorrhagie, dont la source siège dans l'estomac ou la première portion de l'intestin grêle. En revanche, il détermine des contractions intestinales qui peuvent être nuisibles et provoquer un nouvel écoulement sanguin.

Dans l'un des faits que j'ai rapportés, la sage-femme avait administré un lavement amidonné, qui n'a pas empêché une nouvelle hémorrhagie, et que je me suis bien gardé de faire renouveler.

Mais, dans certains cas d'hémorrhagies très abondantes, un peu de lait et quelques gouttes d'alcool ne suffisent point pour combattre l'anémie aiguë et les accidents graves de collapsus et d'arrêt de la respiration.

On s'adressera, pour combattre ces complications, aux *ventouses sèches appliquées sur la poitrine, à la respiration*

artificielle, aux injections d'éther et, si la chose est possible, aux inhalations d'oxygène.

Enfin, on peut recourir avec succès aux *injections hypodermiques de sérum artificiel*, dont l'efficacité a été bien démontrée dans les hémorrhagies des adultes, et que Luton, Hutinel, Weiss ont employées avec succès dans les infections gastro-intestinales des nourrissons.

Parmi les diverses formules de sérum artificiel que nous possédons, la plus facile à préparer est la *solution de chlorure de sodium à la dose de 7 grammes de sel pour un litre d'eau bouillie*. On pourra en injecter de 20 à 30 grammes dans les vingt-quatre heures, par doses de 10 centim. cubes. On combattra ainsi les accidents liés à l'anémie aiguë qui suit les hémorrhagies abondantes et, aussi, l'infection qui, dans un certain nombre de cas, est la cause première de l'hémorrhagie.

Quand les hémorrhagies auront pris fin, les enfants devront être surveillés attentivement. Les tétées ne devront pas être trop abondantes, et la couveuse devra être continuée pendant plusieurs jours. Le traitement mercuriel devra être commencé sans trop tarder, si la syphilis a été la cause de l'hémorrhagie.

MÉNINGISME ET MÉNINGITES (1)

Par le Dr **G. Pochon**,
Ancien interne des hôpitaux.

Étiologie.

Avant de discuter l'interprétation des symptômes dont l'ensemble est ordinairement présenté sous la dénomination de méningisme, il convient de rechercher les circonstances dans lesquelles s'observe le syndrome.

Dupré divise les causes déterminantes en réflexes, infectieuses et toxiques.

Au premier rang des causes réflexes, on trouve l'helminthiase intestinale, la dentition, puis les corps étrangers de l'intestin, la coprostase, etc. Il signale parmi les causes infectieuses, la pneumonie lobaire, les fièvres éruptives, la grippe, l'impaludisme aigu, le rhumatisme articulaire aigu.. On a publié également des observations dans lesquelles les phénomènes avaient été provoqués par des infections gastro-intestinales de nature et d'intensité variables, ou bien étaient survenus au cours d'une broncho-pneumonie, d'une pleuro-pneumonie, d'une périostite alvéolo-dentaire. Les maladies de l'oreille, particulièrement de l'oreille moyenne, jouent un grand rôle dans l'étiologie.

Parmi les causes d'ordre toxique, on a signalé l'alcool,

(1) Voir n° de janvier 1897, p. 12.

l'atropine, la tantanine, les poisons de l'urémie ; récemment, M. le Dr Comby rapportait à la Société médicale des hôpitaux, une observation à laquelle il incriminait l'action toxique de la cantharide.

A l'étiologie du méningisme, Dupré rattache la question des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de nécrose.

Avant toutes les causes déterminantes qui font éclater le tableau symptomatique, il importe de remonter plus haut, et de rechercher les antécédents des sujets ; ceux-ci, en effet, sont des prédisposés ainsi que l'établit l'étude des faits.

Si l'on cherche en effet dans les observations publiées comme méningisme, on est frappé par la constance presque absolue des antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels ; il en est ainsi de même dans un certain nombre d'observations inédites que nous avons recueillies.

Antécédents héréditaires. — Ce qui prime surtout, c'est le nervosisme, le plus souvent maternel, se manifestant ordinairement par les symptômes de l'hystérie.

L'alcoolisme, les accès de toute nature, amenant la débilité, sont également des causes prédisposantes.

Très fréquemment, nous avons eu à noter les antécédents tuberculeux : les parents sont morts jeunes de tuberculose pulmonaire, ou en sont atteints. Il semblerait qu'il existât chez les descendants de ces malades une sensibilité particulière des enveloppes méningées qui les ren-

draît plus aptes à réagir sous l'influence d'une infection, d'une intoxication ou d'une excitation nerveuse.

Parfois on trouve dans les antécédents des éléments associés; c'est ainsi que dans une de nos observations nous trouvons, à la fois un père alcoolique et une mère atteinte de coxalgie.

Antécédents collatéraux. — Et encore nous retrouvons fréquemment la tuberculose; un frère, une sœur, parfois plusieurs frères et sœurs ont succombé à des bronchopneumonies bacillaires, ou à la méningite tuberculeuse.

Ou bien ce sont des troubles nerveux tels que convulsions, chorée, qui peuvent aller jusqu'à l'hystérie.

Il existe des cas dans lesquels un autre enfant de la même famille a déjà présenté antérieurement des troubles méningés semblables et suivis de guérison.

Antécédents personnels. — Il est extrêmement rare de ne rencontrer aucun trouble spécial dans le passé du malade. Il sera sujet aux maux de tête, aura été atteint autrefois de convulsions, chorée, etc. S'il a eu antérieurement une maladie, il aura presque toujours présenté la forme nerveuse, et, dans certains cas, aura depuis été sujet aux troubles nerveux; Nollet cite dans sa thèse l'observation d'une fillette de 14 ans qui, ayant eu une fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans, demeura depuis sujette à des crises nerveuses. M. Comby a publié une observation analogue dans laquelle les troubles furent consécutifs à une chorée.

On trouve fréquemment dans les antécédents des malades des bizarreries de caractère, d'intelligence, et des manifestations hystériques. Une jeune fille que nous avons observée à l'hôpital Beaujon en 1895, était, depuis plusieurs années, très nerveuse et impressionnable, sujette aux colères, riant et pleurant sans motif. Chaque nuit elle avait des cauchemars, parlait en dormant, et avait présenté des anesthésies passagères des mains se manifestant par de la maladresse; elle laissait tomber sans s'en rendre compte les objets qu'elle portait.

Dans d'autres cas, chez un sujet manifestement nerveux ou névropathe, une cause déterminante brusque provoque l'apparition des symptômes méningés. Nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis, en 1896, un jeune malade de 23 ans, soldat de première classe dans l'infanterie de marine. D'un tempérament très nerveux, violent et irritable, riant et pleurant sans cause quand il était enfant. Bon soldat, il avait fait plusieurs campagnes au cours desquelles il s'était signalé et avait gagné la médaille militaire. A la fin de juin, un fiacre le bouscula, le brancard portant sur le côté gauche du thorax; à la suite de ce traumatisme, il resta évanoui pendant dix minutes environ, puis reprit connaissance; mais à ce moment éclatèrent des troubles présentant exactement le tableau de la méningite tuberculeuse.

L'arthritisme a été aussi incriminé; il se manifesterait sous forme de névralgies pelviennes, chez les femmes nerveuses.

Description clinique.

L'aspect symptomatique que l'on a décrit sous le nom de méningisme est semblable dans ses caractères généraux, à celui de la méningite tuberculeuse. Suivant Dupré, ses éléments, plus caractéristiques par leur association, leur ordre de succession et leur entraînement, que par leur nature même, sont les signes d'excitation généralisée et localisée, puis de dépression de l'écorce cérébrale, auxquels s'adjoignent la céphalalgie, les vomissements et la constipation, et enfin des troubles thermiques qui, à cause de leur inconstance et de leur variabilité, sont l'élément le plus contingent du syndrome.

Après une période prodromique qui fait souvent défaut, caractérisée par un changement de caractère, des malaises variés et fugaces, une céphalée peu intense, le malade, le plus souvent un enfant, est pris de vomissements, avec constipation opiniâtre et céphalalgie intense. En même temps apparaissent les manifestations ordinaires de la méningite : ventre en bateau, position en chien de fusil, hyperesthésie cutanée, raie méningée, troubles oculaires : photophobie, inégalité pupillaire.

Puis ce sont les troubles de la motricité : contractures, convulsions généralisées, ou bien limitées à un membre, de la face ou à quelques muscles isolés. Le malade présente ordinairement de la raideur de la nuque. Le délire est tantôt agité, tantôt calme, avec crises d'excitation et hallucinations.

Alors s'établit le calme relatif qui répond à la seconde période de la méningite tuberculeuse. L'enfant ne s'agite plus, sa figure est tantôt immobile et tantôt présente l'empreinte d'une douleur fugitive ; les paupières demeurent mi-closes, les globes oculaires déviés. La respiration devient irrégulière, entrecoupée de profonds soupirs et de cris hydrencéphaliques ; on observe fréquemment le rythme de Cheyne-Stokes.

A voir le malade à cette période on ne saurait distinguer le méningisme de la méningite tuberculeuse. Parfois la similitude va plus loin, on observe des paralysies, sous forme de monoplégie, d'hémiplégie, ou bien localisées à des groupes de muscles. Rarement on observe de véritable coma.

Le plus souvent, la guérison se produit avant l'apparition des paralysies.

Parfois le dénouement se fait brusquement ; l'enfant qu'on venait de voir dans la prostration la plus profonde, qu'on a condamné, reprend presque instantanément les apparences de la santé, comme s'il sortait d'un long sommeil ; la gaieté revient souvent la première ; contrairement à ce qui se présente dans la méningite tuberculeuse, on pourrait dire ici ce qu'on a dit au sujet de la typhoïde : le premier sourire du petit malade est l'indice de la convalescence.

Mais le plus souvent la transition est moins rapide. Le malade paraît moins abattu ; après une nuit plus calme il commence à s'intéresser à ce qui l'entoure, les phéno-

mêmes diminuent d'intensité, principalement la céphalée; puis, après une amélioration qui progresse pendant 12 ou 24 heures, il se produit brusquement une détente plus complète, et le malade entre en pleine convalescence.

Un autre mode de terminaison est le suivant : Au milieu de la prostration se produit soudain une éclaircie; le malade reprend ses sens, sa physionomie quitte l'expression de souffrance qu'elle avait tout à l'heure; l'enfant se met à causer, demande ses jouets et conserve sa gaieté pendant quelques heures; puis il est brusquement repris par le mal, retombé dans la somnolence, et ce n'est que 12 heures ou 24 heures plus tard que s'établit une rémission définitive, prélude de la convalescence.

Nous avons omis à dessein de parler du pouls et de la température; ce sont eux en effet qui s'accordent le moins avec le tableau de la méningite tuberculeuse. On peut dire qu'ils sont essentiellement variables dans un très grand nombre de cas. Nous verrons plus loin quelle explication il nous semble logique de donner à ce caractère.

Dans d'autres cas, plus rares, on a relevé l'absence totale de fièvre, malgré la présence des autres symptômes de méningite.

L'observation suivante, que nous avons recueillie à l'hôpital Trousseau, nous avait particulièrement frappé, parce qu'elle s'était présentée peu de temps après la publication du mémoire de Dupré. A cette époque ces faits étaient moins connus; mais les nombreuses obser-

ventions qui ont été publiées depuis ne l'empêchent pas de bien représenter le tableau du méningisme tel qu'il nous semble qu'on doit le concevoir.

OBSERVATION PERSONNELLE

Louis A..., âgé de dix ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Barrier, n° 5 bis, dans le service de notre maître, M. le Dr Le Gendre, le 18 novembre 1894.

Son père et sa mère sont morts jeunes, au dire d'un frère du malade beaucoup plus âgé que lui, qui ne peut donner de renseignements plus détaillés.

Louis A... est normalement de tempérament très nerveux, irritable et sensible à l'excès, pleure et rit sans raison. Sa santé générale a toujours été bonne jusqu'au commencement de l'année où il a été soigné pour une fièvre typhoïde légère qui n'a laissé aucune trace.

Maladie actuelle. — Depuis deux jours, l'enfant se sentait mal aise et était triste. L'appétit, excellent d'ordinaire, avait disparu, la vue seule des aliments lui donnait des nausées. Il se plaignait en même temps d'un poids dans la tête, et de courbatures généralisées. Néanmoins il ne quitta pas l'école.

Le 18 novembre, à trois heures de l'après-midi, il est pris brusquement de vomissements alimentaires et bilieux qui se renouvellent à chaque instant durant la soirée. Ceux-ci persistent encore à son entrée à l'hôpital, vers 8 heures du soir.

Le petit malade paraît très abattu, pousse constamment des cris plaintifs, et a totalement perdu l'usage de la parole. Il a cependant conscience de ce qui l'environne, il exprime sa souffrance par gestes.

Il est constipé depuis 3 jours.

Température : 38°,4.

Pouls irrégulier comme rythme et comme amplitude ; 75 pulsations à la minute.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse nous parut probable dès son entrée et cette conception était encore renforcée par le décès prématuré des parents du malade.

Glace sur la tête. Lavement glycéринé qui provoqua une selle insignifiante. Potion de Rivière.

Le 19. Les vomissements ont cessé dans la nuit dont la seconde partie a été plus calme.

Le matin, nous trouvons l'enfant pelotonné dans son lit et paraissant très incommode par la lumière.

Hémiplegie gauche incomplète ; les mouvements sont pénibles et incertains. Hyperesthésie généralisée, même à gauche. Raie méningée.

Ventre déprimé et légèrement douloureux. Bâillements continuels. Abolition des réflexes pupillaires ; aucune contraction accommodatrice ni sous l'influence de lumière.

Aucune lésion pulmonaire ni cardiaque. Rien dans la gorge.

Foie et rate normaux.

Incontinence d'urines qui empêche l'analyse. Température : 38°,6 matin et soir. Pouls : 80 pulsations, même irrégularité.

M. le Dr Le Gendre confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Le 20. L'état demeure stationnaire. Température : 38°,4 matin et soir. Pouls : 76.

Dans la soirée, grande agitation avec délire : l'enfant pousse des cris plaintifs.

Lavement avec : Chloral : 1 gramme.

Teinture de musc, XL gouttes.

Le 21. Moins d'agitation que le matin.

Strabisme gauche, la pupille dirigée en dehors et en haut.

Périodes d'immobilité avec respiration irrégulière ; soupirs ; cris de caractère des cris hydrencéphaliques. Raideur de la nuque. Température : matin 37°,6, soir 37°,8. Pouls : 70.

Pas d'albumine dans les urines.

Dans la soirée, grande agitation. Lavement calmant.

Le 22. La nuit a été plus calme. Le matin à la visite, le malade présente à peu près le même état que la veille.

Vers midi se produit une éclaircie subite. L'enfant se met à parler, cause à ceux qui l'entourent, s'assoit sur son lit, boit seul, et accuse une sensation de bien-être.

Puis, vers deux heures environ, la céphalée reparait ; il se produit un engourdissement progressif, et il retombe dans un état comateux qui diffère cependant de celui de la veille ; le pouls demeure irrégulier, la respiration est mal rythmée ; les cris ont cessé ainsi que les soupirs.

Les pupilles sont normales. Diminution du strabisme. Langue sale. Incontinence d'urines et de matières fécales.

Température : 38°, matin et soir.

Pouls : 75.

Le 23. Matin. L'abattement persiste (Le malade a pris 0 gr. 30 de calomel).

Le strabisme a augmenté dans la nuit. Mâchonnement. Raideur de la nuque.

Céphalée. Pouls lent et irrégulier : 60 pulsations, faible amplitude. Température 37°.

Soir. Dans le courant de l'après-midi se reproduit le même fait que la veille, mais persistant ; nous trouvons le soir l'enfant assis sur son lit, présentant un facies hébété, pâle ; il répond aux questions qui lui sont posées et cause sans effort.

Il accuse une sensation de vertige, se plaint de souffrir

encore de sa tête, et ressent, dit-il, quelques douleurs abdominales.

La langue demeure sale et humide.

Le ventre, qui la veille était encore rétracté, a repris son aspect normal, peu douloureux au toucher.

Disparition du strabisme et de l'inégalité pupillaire. Mictions et selles normales, volontaires.

La raideur de la nuque, l'hémiplégie et la diminution des réflexes à gauche ont sensiblement diminué, mais persistent encore. Température : 37°. Pouls : 65.

Le 24, l'amélioration persiste; l'appétit revient.

Langue normale. Pouls vibrant. 60 pulsations. L'irrégularité persiste. De même il subsiste une légère inégalité pupillaire.

Les réflexes demeurent affaiblis à gauche.

Température : 30°, 8, 37°, 2. Pouls : 60.

Le 26. Persistance de la convalescence. La céphalée a totalement disparu ainsi que les autres symptômes. Le pouls est plus régulier. L'inégalité pupillaire a disparu.

L'enfant quitte l'hôpital le 29 novembre, complètement rétabli, mais conservant une légère irrégularité du pouls et une diminution des réflexes en général, plus accentuée du côté gauche.

A sa sortie : température : 37°; pouls : 72.

Dans cette observation, le début, l'évolution, les symptômes rappellent ceux de la méningite tuberculeuse; la terminaison favorable est telle que la veut Dupré pour compléter son syndrome. Nous aurons plus loin occasion de revenir sur ce cas et de remarquer quelques particularités importantes.

(A suivre.)

(HOPITAL TROUSSEAU). — M. BROCA.

DU PROLAPSUS DU RECTUM CHEZ L'ENFANT ET DE SON TRAITEMENT

Il y a prolapsus du rectum, disait Gosselin, lorsqu'il y a issue par l'anus d'une portion plus ou moins étendue d'intestin.

Cette définition est claire, mais un peu trop compréhensive, et d'ailleurs Gosselin était le premier à éliminer, comme je vais le faire, le prolapsus hémorroïdaire et les investigations intestinales supérieures. Dans le prolapsus hémorroïdaire, c'est bien la muqueuse rectale qui vient au dehors ; mais ce qui domine la pathogénie, la thérapeutique, c'est l'existence des hémorroïdes, et dès lors nous n'avons pas à nous occuper ici — sauf pour en établir le diagnostic — de cette complication d'une lésion bien déterminée. D'autre part, le prolapsus hémorroïdaire est tout à fait exceptionnel chez l'enfant, que j'entends viser ici presque exclusivement. Par contre, les invaginations supérieures, pouvant même commencer à l'angle iléo-cæcal, s'observent de préférence dans le jeune âge : je ne vous en parlerai cependant qu'au diagnostic, car l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie s'accordent à nous faire distinguer cette lésion des véritables prolapsus du rectum, ceux dans lesquels il y a issue par

l'anus d'une portion plus ou moins étendue du *rectum*.

Cette lésion est aujourd'hui bien connue, grâce aux descriptions de Gosselin, de Curling, de D. Mollière, d'Allingham, de Jean Cruveilhier surtout, leur initiateur à tous, et si vous voulez la comprendre, lisez le texte original de Cruveilhier. Dans ces dernières années, quelques travaux importants ont cherché à fixer une thérapeutique encore incertaine ; mais ceux-là visent surtout les prolapsus de l'adulte, et je n'aurai à vous les citer que pour vous montrer qu'ils ne s'appliquent pas à l'enfant.

Le prolapsus du rectum est, en effet, fréquent chez l'enfant, et bien différent chez lui, à tous points de vue, de ce qu'il est chez l'adulte, et c'est seulement pour esquisser cette comparaison que je ferai appel à la description générale de nos livres classiques.

Plusieurs degrés doivent être distingués : dans le prolapsus partiel, la muqueuse seule fait issue ; dans le prolapsus total, c'est toute l'épaisseur de la paroi rectale.

Le prolapsus partiel, celui de la muqueuse seule, est facile à vous faire comprendre car, comme le disait un de nos anciens maîtres en une phrase demeurée célèbre, vous n'êtes pas sans avoir vu un cheval aller à la garde-robe. Chez cet animal, il est normal qu'à chaque poussée la muqueuse, mobile grâce à la laxité du tissu conjonctif sous-muqueux, suive le bol fécal en une saillie circulaire et rose. Chez l'homme, la saillie est la même, mais elle est anormale : le prolapsus, presque toujours circu-

laire, est d'abord passager, se produit après la garde-robe et rentre facilement ; puis il s'aggrave et enfin devient permanent. Gosselin avait coutume de comparer cet état à celui d'un vieux paletot où la doublure, avachie, dépasse la manche.

Le prolapsus total présente deux variétés, qu'avec Cruveilhier il convient d'appeler invaginations à trois cylindres et à deux cylindres.

Supposez un tube quelconque — dans l'espèce l'intestin — sur lequel vous ferez *dans la continuité* une invagination, c'est-à-dire un pli qui descend dans le tube situé au-dessous de lui : il vous suffit, ici encore, de manier la manche de votre paletot pour comprendre qu'une coupe transversale au niveau de la plicature rencontrera trois fois la paroi, en trois cercles concentriques, dans cette *invagination à trois cylindres*. Et si des plis successifs s'emboîtent, comme dans une lorgnette, ces invaginations seront à cinq, sept cylindres, toujours en nombre impair. Prenez maintenant la manche de votre habit, faites-y une invagination simple dans la continuité, et tirez jusqu'à ce que le pli invaginé vienne faire saillie hors du bout de la manche : vous vous rendez compte que dans la partie ainsi prolabée il n'y a que deux cylindres accolés, l'un descendant, externe, continu avec l'extrémité inférieure de la manche, au niveau d'un *sillon* circulaire, situé plus ou moins haut ; l'autre interne, ascendant, continu avec l'extrémité supérieure de la manche. C'est exactement ce qu'il passe dans le *prolapsus complet à trois cylindres*, lorsque

la partie supérieure du rectum se précipite, pour ainsi dire, dans la partie inférieure, et dépasse l'anus — dont la sépare un sillon plus ou moins profond — par les deux cylindres du pli invaginé.

Immédiatement, vous voyez donc une différence d'aspect entre le prolapsus partiel et le prolapsus total à trois cylindres : dans le premier, il y a continuité directe entre la muqueuse procidente et la peau anale ; dans le second, elles sont séparées l'une de l'autre par un sillon circulaire. Mais ce caractère disparaît dans la variété qui nous reste à étudier, le prolapsus total à deux cylindres, lequel peut être l'aboutissant des deux variétés précédentes.

Reprenez un tube quelconque, toujours la manche de votre habit, et au lieu de faire dans la continuité la plicature invaginée, faites-la à l'extrémité inférieure : deux cylindres seulement, l'un descendant, l'autre ascendant, existent dans la tumeur prolabée. Appliquez cela au rectum, et vous verrez tout de suite que, forcément, la muqueuse procidente sera en continuité directe avec la peau de l'anus.

Comment peut se produire ce prolapsus ? Par deux mécanismes : ou bien, au bout d'un temps plus ou moins long, une tumeur, d'abord constituée par la muqueuse seule, grossit jusqu'à attirer à sa suite toute l'épaisseur de la paroi rectale, et alors le sillon n'a jamais existé ; ou bien, il y a primitivement prolapsus à trois cylindres, et à mesure que la tumeur grossit, elle attire à elle, peu à peu, le cylindre invaginant, en sorte que peu à peu la

profondeur du sillon diminue jusqu'à devenir égale à 0.

J'ai un peu insisté sur ces données anatomiques, car cette description, imitée de Cruveilhier, n'est pas assez présente à toute les mémoires ; mais je pourrai glisser rapidement sur le reste de l'anatomie pathologique : sur les rapports, parfois mal déterminés, de la plicature rectale avec le cul-de-sac péritonéal et sur la hernie — appelée *hédrocèle* — qui se produit parfois dans ce cul-de-sac ; sur les modifications secondaires de la muqueuse, de la paroi rectale, du péritoine, plus ou moins enflammés, indurés, adhérents, ce qui peut aboutir à l'irréductibilité. Tout cela, en effet, appartient à peu près exclusivement au prolapsus de l'adulte et non à celui de l'enfant. Quant à l'existence possible d'une tumeur, d'un rétrécissement à l'extrémité de la masse prolabée, c'est en exposant la pathogénie qu'il convient d'en parler.

La pathogénie de la chute du rectum peut se résumer en un mot, comme celle du prolapsus génital chez la femme : il y a disproportion entre la solidité des moyens de fixité du rectum et l'importance des efforts subis par cet intestin. Voyons donc quels sont et ces moyens de fixité et ces efforts.

Le rectum doit subir la poussée dans l'effort de la défécation, et l'on sait quelle variété présente cette poussée, aussi bien dans sa fréquence que dans son intensité. Pour ne pas être expulsé à chaque effort, il est soutenu, en bas, par le plancher périnéal qu'il perfore au niveau de l'anus ; il est suspendu par le méso-rectum. D'autre

part, il faut envisager, en particulier, la fixité de la muqueuse sur la musculuse sous-jacente ; elle est plus ou moins grande selon que le tissu conjonctif interposé est plus ou moins lâche, et déjà nous avons vu quelle différence, à cet égard, il y a, physiologiquement, du cheval à l'homme.

Exagérez l'effort, diminuez la résistance, et vous aurez des prolapsus que vous pourrez appeler, dans les cas tranchés, de force ou de faiblesse, mais en sachant bien que, dans les cas intermédiaires, ces deux facteurs s'associent en proportion très variable.

Telle est la donnée générale : il faut l'appliquer aux cas particuliers, en cherchant à faire voir les différences qui existent entre l'enfant et l'adulte. Dans ces deux cas, en effet, l'étiologie, envisagée dans ses facteurs spéciaux, n'est pas la même, et tout d'abord il convient de noter que sauf exception — dont Gérard Marchant, par exemple, a relaté un cas — le prolapsus de l'adulte n'est pas la prolongation de celui de l'enfant.

Un premier groupe de facteurs étiologiques est constitué par diverses *prédispositions anatomiques*, c'est-à-dire par la *diminution des moyens de fixité du rectum* à tous les âges. C'est sans doute par une disposition congénitale qu'il faut expliquer cette laxité considérable du mésocolon iliaque sur laquelle insiste Ch. Nélaton dans les prolapsus de l'adulte. Chez l'adulte, on invoque le relâchement sphinctérien des pédérastes, l'affaiblissement sénile des tissus les causes diverses de déchéance orga-

nique ; on constate la coexistence possible, chez la femme, avec les prolapsus génitaux.

Chez l'enfant, outre la rectitude du sacrum, grâce à laquelle l'extrémité inférieure du rectum subit plus directement l'assaut de la défécation, n'y a-t-il pas de causes analogues ? La laxité du tissu sous-muqueux est-elle plus grande à cet âge, comme le voulait Giraldès ? La chose n'est pas prouvée, mais ce que j'admets pleinement, avec Duchaussoy, et malgré les critiques dont cette opinion a été l'objet, c'est le rôle du relâchement sphinctérien. Je vais même plus loin et j'incrimine la faiblesse de tout l'individu. Un enfant atteint de prolapsus rectal est toujours — autant que ce mot puisse être exact dans notre science — un rachitique à gros ventre, à fibres molles, à parois abdominales flasques ; c'est d'ordinaire un produit du biberon et il est âgé de moins de cinq ans, c'est-à-dire qu'il est à l'âge où le rachitisme est en évolution. C'est là, je crois, la notion étiologique capitale à retenir, car d'elle vont résulter les données prophylactiques et thérapeutiques.

Nous allons encore retrouver le rachitisme comme origine de certaines *prédispositions physiologiques*, de certaines *causes efficientes*, augmentant la violence de la fréquence des *efforts de défécation*. Les sujets, adultes ou enfants, atteints de prolapsus rectal, ont, en général, une défécation défectueuse : ils sont ou constipés, ou diarrhéiques, ou atteints alternativement de ces deux états. Dysenterie, rectite, hémorroïdes sont des causes exceptionnelles

chez l'enfant ; de même l'abus des drastiques, que l'on a incriminés sans peut-être assez examiner si la part principale ne revient pas à la constipation contre laquelle on se drogue de la sorte.

Chez l'enfant, diarrhée, constipation ou alternance des deux sont habituellement le résultat de ces alimentations défectueuses — allaitement artificiel ou sevrage mal dirigé — qui aboutissent au rachitisme : et ces sujets à tonicité musculaire insuffisante ont, en outre, de par leur maladie initiale, une cause locale qui favorise le prolapsus. Ils sont plus souvent constipés que diarrhéiques, peut-être parce que l'athrepsie a préalablement emporté ceux qui avaient tendance à la diarrhée. Et, pour ces petits constipés, le prolapsus est volontiers favorisé par une coutume défectueuse : la mère de famille, pour simplifier une corvée, installe l'enfant sur le pot de nuit et vaque à ses occupations en disant de temps à autre : « As-tu fini ? Non ? Pousse, mon petit. » Cela dure souvent fort longtemps. Et l'enfant, docile, fait effort sur effort : l'objet désiré ne vient pas toujours, mais, en cas de rachitisme prédisposant, la chute de la muqueuse n'est pas rare et, la cause se reproduisant, peut aboutir à celle de la paroi tout entière.

(A suivre.)

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Mars 1897.

SOMMAIRE :

Des hémorrhagies puerpérales qui sont justiciables du traitement par l'eau chaude, par le Dr BOUFFE DE SAINT-BLAISE.....	65
De la pancréatite ourlienne, par M. le Dr CUCHE.....	74
Corps étranger des voies aériennes. Trachéotomie. Expulsion du corps étranger. Broncho-pneumonie. Mort, par le Dr R. MARMASSE.....	80
Du prolapsus du rectum chez l'enfant, et de son traitement, par le Dr BROCA.....	83
Méningisme et méningites, par le Dr G. POCHON.....	92

DES HÉMORRHAGIES PUERPÉRALES QUI SONT JUSTICIAIBLES DU TRAITEMENT PAR L'EAU CHAUDE.

Il a été soutenu cette année à la Faculté, une thèse importante sur l'action hémostatique de l'eau chaude en obstétrique. Ce travail, appuyé de nombreuses observations est le fruit de recherches intéressantes, et initie le lecteur aux magnifiques résultats que M. Pinard a obtenus dans son service, depuis de nombreuses années, à l'aide de cet unique moyen, si simple et si puissant : les injections d'eau bouillie à 48°. Luttant pour sa part contre les deux enne-

mis : le tamponnement et l'ergot de seigle, l'auteur cherche à faire pénétrer dans les esprits, cette vérité éclatante, que l'eau chaude est un hémostatique, tout-puissant, et non dangereux, au contraire de ses deux rivaux.

Mais si en effet nous sommes tous du même avis, cependant il ne faudrait pas attribuer à ces injections un pouvoir général, chaque fois que nous aurons affaire à une perte de sang, d'où qu'elle vienne et à quel moment qu'elle se produise.

M. Pinard en combattant pour ce procédé, employé uniquement, et sans être jamais accompagné ni de l'ergot ni du tampon, a fait des distinctions et nous a enseigné d'autres moyens tout aussi puissants, pour certaines hémorrhagies, par exemple pour celles qui sont dues à l'insertion vicieuse du placenta.

Le travail dont je viens de parler tout à l'heure ne fait pas suffisamment, à mon avis, cette distinction capitale, et l'auteur voudrait faire jouer à l'eau chaude un rôle dans l'arrêt de certaines hémorrhagies, avant l'accouchement. Qu'il me permette de lui dire, que cela est contraire à sa théorie, que cela ne fait pas partie de l'enseignement de notre maître, et que les résultats de Baudelocque sont évidemment fort beaux, mais qu'ils ont été obtenus par des moyens divers.

Il serait regrettable que l'on crût que dans une hémorrhagie par insertion vicieuse, l'eau chaude pût jouer un rôle actif; nous ne le croyons pas et ce traitemen

appliqué seul n'est pas celui que M. Pinard nous enseigne tous les jours.

Il m'a donc paru nécessaire de reprendre ce sujet, un peu rebattu, mais jamais assez, puisque quelques-uns l'ignorent encore; de le débarrasser de tout ce qui est historique ou bibliographique et de montrer encore une fois dans quels cas l'eau chaude est toute-puissante, dans quels cas elle est inutile, dans quels cas elle est simplement utile.

J'emprunterai à la thèse de M. Lapeyrouse, le dernier travail paru sur ce sujet, les notes statistiques qu'il a recueillies à Baudelocque, et certains points intéressants de son travail.

Je laisse donc systématiquement de côté tout ce qui a rapport à l'action ocytotique de l'eau chaude, et à l'influence que celle-ci peut avoir sur la contraction utérine, au point de vue du travail.

I

Comment agit l'eau chaude dans les hémorrhagies.

L'eau bouillie ramenée à 48° environ, agit de différentes façons et M. de Lapeyrouse a écrit sur ce sujet de physiologie, un chapitre très intéressant que je vais brièvement résumer. Le lecteur qui voudrait être renseigné plus complètement sur l'historique et la bibliographie de la question consulterait cet ouvrage avec profit.

eau chaude agit d'abord :

1° SUR LA FIBRE MUSCULAIRE DE L'UTÉRUS. — Voici l'expérience que fit Max Riongi en 1878 :

« Après avoir ouvert l'abdomen de l'animal (une lapine), en suivant la ligne blanche et rendu ainsi l'utérus accessible, il verse de l'eau chaude à l'aide d'un cathéter de façon que la matrice ne soit pas atteinte directement par le jet et qu'ainsi l'influence de l'action mécanique soit éliminée. Après 5 ou 10 secondes on observe les phénomènes suivants : l'utérus prend une teinte pâle ; les cornes, naturellement aplaties, deviennent cylindriques ; elles se contournent, se rapprochent, se déplacent l'une sur l'autre et bientôt le mouvement vermiculaire qui a débuté par les cornes se propage à l'organe tout entier et au vagin. C'est le phénomène auquel Hehrer a donné le nom de *contractions progressives*. Il peut aboutir à un retrait général et à la tétanisation de l'utérus et du vagin. Mais plus souvent on constate un certain nombre de contractions progressives, après lesquelles la matrice change de coloration et prend une teinte violacée au fur et à mesure que ses vaisseaux se dilatent et que ses fibres musculaires se paralysent. Cette période de paralysie survient au bout de 7 à 10 minutes sous l'influence d'une température de 45° ; elle dure quelques minutes pendant lesquelles l'utérus ne réagit plus à l'action d'aucun de ses excitants habituels. Elle atteint son maximum de durée à 55° ; elle est constante à 50°, et elle ne fut jamais observée au-dessous de 40°. Au fur et à mesure que l'utérus redevient excitable il reprend sa coloration normale. Plus la température est élevée, plus les contractions sont intenses ; plus elles sont courtes, plus le stade de paralysie survient rapidement et plus il est long. De 60° à 65° on observe une contraction rapide suivie d'une paralysie également rapide. Les températures plus élevées déterminent la paralysie définitive, la mort du tissu utérin. »

Cette expérience est capitale et nous montre que l'eau chaude atteint son maximum d'action sur l'utérus, vers 50°, c'est-à-dire à une température même supportable par la femme.■

Milne Murray, d'Édimbourg, arrive aux mêmes résultats.

Il est intéressant également de citer les conclusions de Henry Lorain (1887) sur ce sujet :

« 1° L'eau à une température de 3° à 12° d'une part et de 40° à 52° d'autre part est un stimulant de la fibre musculaire du vagin chez le lapin. Son maximum d'action s'observe entre 3° et 8° pour l'eau froide, entre 45° et 50° pour l'eau chaude ; 2° l'action de l'eau chaude se manifeste au bout de 8 ou 10 secondes en moyenne et celle de l'eau froide après une ou deux minutes environ ; 3° l'action de l'eau chaude est plus énergique que celle de l'eau froide. En effet, les contractions déterminées par l'eau à une température de 45° à 50° sont plus fréquentes, plus amples et plus rapides que celles qui se produisent sous l'influence de l'eau à une température de 3° à 10° ; 4° sous l'influence de l'eau froide la contractilité musculaire d'abord éveillée, s'épuise après un espace de temps qui varie de 10 à 30 minutes ; sous l'influence de l'eau chaude, la contractilité musculaire se manifeste encore après une heure et même une heure et demie ; 5° lorsque l'on fait agir pendant 8 ou 10 minutes un courant d'eau chaude (45° à 50°) sur le vagin du lapin, la contractilité musculaire, éveillée par la chaleur, se manifeste pendant quelques minutes après que le courant d'eau chaude a été arrêté. Le même phénomène se produit parfois après l'application de l'eau froide (3° à 8°), mais il est moins intense. »

2° SUR LES VAISSEAUX. — D'après certains auteurs, l'eau chaude agirait sur les vaso-constricteurs, mais tous ne sont pas d'accord.

3° SUR LE SANG. — La température de 48° à 50° favorise, d'après Hayem, la coagulation du sang.

4° SUR LA CIRCULATION GÉNÉRALE. — Dépression de la circulation générale, diminution de la tension sanguine.

En résumé, une seule chose peut nous intéresser, c'est l'action de la chaleur sur la contraction de la fibre lisse utérine. On sait quelle est la disposition de ces fibres musculaires autour des vaisseaux et des sinus utérins, on sait qu'elles entourent les vaisseaux à la façon d'U ou même de huit de chiffres. Quand elles se contractent, le vaisseau se trouve entouré de mille « *ligatures* », qui l'aplatissent et obturent complètement sa lumière.

« Je fus amené, dit M. Pinard, à étudier et à expérimenter l'action de l'eau chaude sur l'utérus, après avoir observé ce que produisait l'eau chaude sur la paroi utérine alors que j'avais la main dans l'utérus pour pratiquer les délivrances artificielles. Je sentais, dès que l'eau chaude arrivait au contact de la muqueuse, l'utérus se contracter sur ma main et, dans certains cas, de façon assez énergique pour chasser du même coup ma main et le placenta. »

L'idéal en cas d'hémorrhagie est donc de forcer le tissu utérin à se contracter sur les vaisseaux qui saignent : ie verrai tout à l'heure quelles sont les conditions nécessair

à la production de ce phénomène, et aussi quelles hémorrhagies peuvent et doivent être arrêtées par ce mécanisme.

II

Quelles sont les hémorrhagies puerpérales qui sont susceptibles d'être traitées par l'eau chaude.

Il me faut ici passer en revue toutes les hémorrhagies que peut présenter une femme pendant la grossesse, pendant le travail, pendant et après l'accouchement et pendant et après la délivrance.

On peut donc rencontrer des hémorrhagies :

1° PENDANT LA GROSSESSE.

- a) Par la rupture de varices vulvaires.
- b) Par insertion vicieuse du placenta.
- c) Par décollement du placenta normalement inséré.
- d) Par môle hydatiforme.

2° PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Par insertion vicieuse du placenta.

3° IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

- a) Par insertion vicieuse,
- b) Par déchirure de la vulve.
- c) Par déchirure du vagin.
- d) Par déchirure du col.
- e) Par déchirure du segment inférieur

4° PENDANT LA PÉRIODE DE DÉLIVRANCE.

- a) Par insertion vicieuse.

b) Par défaut de contraction de l'utérus quand le placenta a commencé à se détacher.

1) externe.

2) interne.

5° APRÈS LA DÉLIVRANCE.

a) Immédiatement par inertie utérine.

b) Secondairement.

Les données physiologiques de tout à l'heure vont me servir de critérium pour le traitement, car il est bien certain que puisque l'eau chaude agit sur la fibre utérine en la faisant se contracter, c'est seulement dans les cas où cette contraction pourra être effectuée que le traitement sera tout-puissant.

1° HÉMORRHAGIES PENDANT LA GROSSESSE. — Il est inutile de discuter le peu d'influence que pourrait avoir l'eau chaude sur l'écoulement de sang par une varice vulvaire, par môle hydatiforme ou par décollement du placenta normalement inséré.

Mais il est plus important de savoir qu'elle ne peut pas agir non plus dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, et que si elle agit en quelque façon, cette action est plutôt nuisible.

On sait en effet que l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta peut se produire à tous les moments de la grossesse, aussi bien dans les premiers mois que dans les derniers. Quand elle se produit au commencement de la grossesse, elle est sous l'influence du développement du segment inférieur, mais dans les derniers mois et en

particulier dans les dernières semaines, elle est directement causée par la sollicitation à l'engagement, de la partie fœtale, tendant à s'accommoder et à entrer dans l'excavation sous l'influence des contractions utérines. Cette partie fœtale pousse devant elle les membranes, qui tiraillent le placenta et le décollement, ou bien chasse devant elle le placenta lui-même, quand celui-ci est inséré tout à fait sur le bord de l'orifice. De là vient, comme M. Pinard nous l'enseigne tous les jours, la plus grande rareté de l'hémorrhagie, chez les femmes qui se reposent, et chez les multipares, où la tendance à l'accommodation est moins forte que chez les primipares, et enfin quand il existe un rétrécissement du bassin qui empêche l'engagement ; en un mot, dans tous les cas où l'accommodation ne peut se faire.

Je ne vois donc pas ici quel bénéfice on pourrait retirer d'injections chaudes, qui, si elles étaient actives, ne pourraient que provoquer des contractions utérines, et par conséquent augmenter le décollement placentaire déjà commencé. Il est en effet conseillé de faire dans ces cas des injections fréquentes, mais seulement dans un but antiseptique, et jamais, dans ces cas, la température de l'eau injectée ne pourra avoir une utilité quelconque.

« Il ne faut pas compter, dit M. Pinard, sur les propriétés hémostatiques de l'eau chaude pour se rendre maître des hémorrhagies causées pendant la grossesse par l'insertion vicieuse du placenta. La contraction puissante du muscle utérin est insuffisante pour arrê-

« ter l'écoulement sanguin. Il n'y a pas, dans ces cas,
« hémorrhagie par inertie ainsi que je l'ai exposé ailleurs.
« Il faut, pour faire cesser l'hémorrhagie, faire dispa-
« raître la cause qui produit le décollement du pla-
« centa. »

Les injections vaginales doivent être pratiquées, mais dans un but antiseptique.

Nous sommes donc heureusement mieux armés ; ce n'est pas ici le cas de revenir sur les autres moyens puissants que nous possédons, d'arrêter ces hémorrhagies, moyens sans danger pour la femme et sauvant presque toujours l'enfant. Qu'il me suffise de dire que les procédés que nous employons à Baudelocque ont été depuis longtemps couronnés de nombreux succès.

(A suivre.)

BOUFFE DE SAINT-BLAISE,
Chef de clinique obstétricale à la Faculté.

DE LA PANCRÉATITE OURLIENNE

Par M. le Dr **Cuche**, Médecin-major au 4^e Hussards.

Les oreillons peuvent être envisagés comme la manifestation d'une intoxication générale par une toxine microbienne dont l'élimination se fait par le système glandulaire en y produisant une suractivité fonctionnelle qui se manifeste extérieurement par une augmentation de volume et de la douleur de l'organe éliminateur. C'est ainsi que, suivant l'intensité de l'élimination, on constat

une tuméfaction des parotides, des glandes sous-maxillaires, des glandes sublinguales, des glandes testiculaires, etc. Nous pouvons affirmer que dans les cas les plus accusés les glandes de Meibomius sont prises et peut-être aussi les glandes lacrymales, bien que, pour ces dernières, nous n'ayons jamais constaté directement l'augmentation de volume de l'organe qui ne se manifestait que par son activité sécrétoire, les larmes étant parfois plus abondantes qu'à l'état normal et les paupières ayant une bouffissure spéciale qui ajoutait, à l'originalité du facies du malade atteint d'oreillons, un signe pouvant en imposer tout d'abord pour une affection rénale ou un trouble de la circulation.

Nous avons été curieux de vérifier si certaine autre glande, moins accessible à l'examen direct, n'était pas elle aussi frappée dans son fonctionnement. L'analogie du pancréas et des glandes salivaires nous a fait rechercher si, parfois, cet organe n'était pas atteint. Et nos recherches nous ont permis de constater que le pancréas ne manquait à peu près jamais d'être sensible chez les gens atteints d'infection ourlienne. Nous sommes même certain que, dans bien des cas, l'infection ne se manifeste que par de la douleur au niveau de la tête du pancréas, douleur non spontanée, mais qu'il faut provoquer par une pression assez accentuée au niveau de cette glande.

Chez presque tous les ourliens que nous avons eu l'occasion d'examiner nous avons vu qu'une pression forte, en un point qui siège exactement au milieu d'une ligne

allant de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, causait une douleur sourde, constante, plus ou moins accusée suivant l'intensité du processus. La même pression exercée sur toutes autres espèces de malades était absolument indolente. De là nous étions conduit à rechercher si, parfois, il n'arrivait pas que la douleur pancréatique, accompagnée de fièvre, fût le seul signe de l'infection. Ce signe ne peut se vérifier qu'au cours d'une épidémie, car l'idée ne viendrait à personne de songer à une pancréatite ourlienne possible si les oreillons n'étaient fréquents autour de l'observateur.

N. Guéneau de Mussy est, croyons-nous, le premier qui ait parlé de l'énanthème des oreillons. Cet énanthème que nous avons observé nous-même très fréquemment, est caractéristique. Il siège sur les piliers antérieurs du pharynx, envahissant très rarement le voile du palais; il est très foncé, presque rouge lie de vin à la base et va en teinte dégradée, ponctuée, vers le sommet, à la limite supérieure de la loge amygdalienne.

Il en impose, au début, pour une angine, car la déglutition est difficile, pénible, au moment où on l'observe.

Comme il coïncide avec le début de la poussée fébrile, l'erreur est rendue encore plus facile. Si, à ce moment, on recherche la douleur pancréatique au point que nous avons fixé plus haut et qu'on la constate, il ne persiste plus aucun doute : les oreillons vont faire leur apparition. Il arrive cependant, quelquefois, qu'au deuxième jour l'énanthème disparaisse en même temps que la fièvre et

que le pancréas, seul, reste douloureux : la salivation est augmentée, mais la glande parotide ne s'hypertrophie pas et le malade se plaint simplement d'une gêne de la région de l'angle du maxillaire inférieur.

Nous admettons donc qu'il existe une forme fruste des oreillons qui ne se manifeste que par une poussée de fièvre insignifiante, un énanthème plus ou moins fugace, plus ou moins accentué et une pancréatite constante.

À notre avis, le pancréas seul peut être le siège de la douleur provoquée; car le point le plus sensible est bien celui dont nous avons parlé; mais la sensibilité existe encore quand on exerce une pression plus profonde sur une ligne transversale partant de ce point et se dirigeant vers l'hypochondre gauche, tandis qu'une pression de même force pratiquée à droite ne provoque aucune réaction douloureuse.

C'est ainsi d'ailleurs, qu'au cours des épidémies d'oreillons, on peut observer des embarras gastriques tout aussi bien que pendant les épidémies de grippe et de fièvre typhoïde. Comme pour ces deux maladies, l'embarras gastrique peut n'être qu'une forme atténuée de l'infection chez des sujets n'ayant pas l'immunité absolue, mais offrant néanmoins une résistance particulière à l'action des toxines.

Nos observations ont porté sur trois catégories de malades :

- 1° Malades atteints uniquement de parotidite ourlienne;
- 2° — de parotidite et d'orchite ;
- 3° — n'ayant que de l'embarras gastrique.

Chez les premiers, l'énanthème a été constaté toutes les fois que le malade a pu être mis en observation avant la manifestation extérieure de la maladie.

Il est à remarquer, en effet, que l'énanthème a presque toujours disparu au moment où la parotide se tuméfie d'une façon appréciable. Ce fait avait si bien attiré notre attention que, par mesure prophylactique, nous faisons des badigeonnages de teinture d'iode sur les piliers, que nous prescrivons des gargarismes et des lavages fréquents de la bouche et que, longtemps, nous fûmes convaincu d'avoir ainsi fait avorter des oreillons en tuant *in situ* le bacille ourlien. Dans les 4/5 de ces cas nous avons constaté la douleur pancréatique, souvent dès le premier jour, quelquefois au deuxième ou au troisième jour. Elle durait un temps variable, mais presque toujours persistait après que les parotides étaient revenues à leur état normal.

Chez les hommes atteints d'orchite ourlienne la douleur pancréatique n'a jamais fait défaut. Chez l'un d'eux, en particulier, le cycle fébrile a été absolument remarquable, des élévations de température ayant coïncidé avec l'invasion de chacune des glandes : 1^{re} poussée pancréatique, 2^e poussée parotidienne, 3^e poussée testiculaire.

L'observation de nombreux cas fait voir que la complication orchidique est très rare chez les enfants. Cela tient évidemment à ce que l'invasion d'une glande est en rapport avec son activité fonctionnelle. Or, chez les enfants aussi la complication pancréatique nous semble être, jusqu'à présent, l'exception.

Quant à la 3^e catégorie de malades, ceux chez qui nous avons porté le diagnostic d'embarras gastrique ourlien, il est évident que leur cas peut être discuté ; mais si l'on remarque que chez tous la sensibilité pancréatique coïncidait avec une gêne de la mastication sans tuméfaction apparente des parotides, on est bien obligé, faute de mieux et avec toute vraisemblance, de le considérer comme authentique.

Le tableau suivant permettra de juger des cas où la douleur pancréatique s'est affirmée :

Oreillons simples.....	26	Douleur pancréatique.	20
Oreillons avec orchites.	7	7
Embarras gastrique...	4	4

Ce symptôme pancréatique n'a évidemment qu'une importance secondaire au point de vue du diagnostic d'une affection qui se reconnaît à peu près toujours facilement. Mais si l'on songe au rôle que l'infection joue, quelquefois à longue échéance, dans la genèse de certains cas pathologiques tels que les cardites, les néphrites, etc., on est en droit de se demander si, plus tard, le pancréas ne conserve pas des traces de l'infection ourlienne et si, par exemple, le diabète pancréatique ne pourrait pas avoir comme point de départ très éloigné une fluxion ancienne du pancréas et si, pour être plus général encore, il n'y aurait pas un diabète salivaire.

La recherche du sucre dans les urines au moment de la période aiguë de l'affection a toujours été négative.

CORPS ÉTRANGER DES VOIES AÉRIENNES. TRACHÉOTOMIE. EXPULSION DU CORPS ÉTRANGER. BRONCHO-PNEUMONIE. MORT.

Par le Dr **R. Marmasse** (d'Orléans),
Ancien interne des hôpitaux.

Le numéro de janvier de la *Revue d'obstétrique et de pédiatrie* contient, sous la signature de G. Pochon, une communication fort intéressante sur un cas d'extraction de corps étranger du larynx par la voie trachéale. L'observation qui va suivre ressemble par plusieurs côtés à la sienne, et, succès à part, elle vient confirmer les conclusions de notre collègue.

Henri G..., âgé de 2 ans, en traitement à la crèche de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, ne présentant jusque-là aucune gêne respiratoire, fut pris subitement, le 15 février dernier, d'un accès de suffocation, alors qu'il jouait tout en mangeant des bonbons. Immédiatement il fut amené à la Fondation Payen (service d'enfants), où M. le Dr Geffrier, chef de service, l'examina. Pharynx et bouche sains. Larynx tuméfié. La dyspnée, assez accentuée, était régulière et non entrecoupée de spasmes ni d'accès. Tout en admettant la possibilité de l'introduction d'un bonbon dans les voies aériennes, M. Geffrier pensa à de l'œdème laryngé dû à la varicelle. Les accidents n'étant pas menaçants, on se tint sur l'expectative.

Vers deux heures, on vint en toute hâte me prier, comme adjoint du service, d'aller voir l'enfant. Mis au courant de

l'histoire, ne croyant guère à l'existence dans la trachée d'un bonbon que les sécrétions auraient dissous, je me mis en devoir de soulager le malade, remettant à plus tard le soin de débrouiller la pathogénie. Le tirage étant très accentué, le tubage fut tenté : sur ce larynx très oedématié, il fut impossible ; une fois, le tube introduit fut rejeté. J'attendis pour renouveler les tentatives. L'enfant étant encore plus gêné, le tirage plus marqué et aggravé par quelques accès de suffocation, une nouvelle tentative fut faite à 4 heures. Un tube court n° 2, introduit fut rejeté, puis remplacé par un tube long n° 2. L'enfant respira mieux, fut recouché, mais survint une quinte de toux. Le tube, expulsé du larynx, fut dégluti et tomba dans l'estomac.

Devant ces faits qui me faisaient présager un obstacle sous-laryngé, je pratiquai la trachéotomie immédiatement et la fis aussi bas que possible. Soulagement immédiat, cependant il reste une dyspnée anormale.

Le soir, à 8 heures, l'enfant expulse par sa canule de fausses membranes blanchâtres, opaques. Un ensemencement sur sérum fait avec une prise empruntée aux fausses membranes, donna le lendemain soir des colonies abondantes de staphylocoques, quelques bacilles courts, trapus, disposés en séries parallèles. Le diagnostic diphtérie semblait probable. L'enfant reçut le 16, avant la connaissance du diagnostic bactériologique, une injection de 10 centim. cubes de sérum. Ni pendant la nuit du 15 au 16, ni plus tard il ne rendit aucune membrane.

Le 16. Dyspnée constante ; s'améliore dans la soirée.

Le 17, à la visite, M. Geffrier constate une diminution du murmure vésiculaire à droite, sans matité, quelques râles fins ; la dyspnée étant moindre, il enlève la canule externe. L'enfant est pris d'une quinte de toux et expulse par sa plaie, un caillou plat, petit galet de 1 centim. de longueur.

Le soir la dyspnée reparait et la fièvre s'allume.

Le 18. Broncho-pneumonie très étendue. Mort le soir. L'enfant n'a pas rendu le tube qu'il a ingéré le 15.

AUTOPSIE. — Larynx normal. Trachée dénudée et suppurante au niveau de la bifurcation. Les fausses membranes réensemencées sur sérum dans un second examen n'ont donné que des staphylocoques.

Bronches saines. Alvéoles remplis de pus. Sans grande congestion périnodulaire.

Le tube est retrouvé à la terminaison de l'S iliaque et prêt à être expulsé.

Nous croyons de cette observation pouvoir tirer les conclusions suivantes : le corps étranger promené dans les quintes de toux a dilacéré la muqueuse trachéale ; il a transporté dans le conduit aérien les microbes de la bouche et de l'extérieur et a préparé, sinon créé la broncho-pneumonie. Cette observation peut être rapprochée de celle publiée l'an dernier par M. Vanverts, dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* (1).

La trachéotomie a permis l'expulsion du corps étranger ; seule elle eût été légitime en présence d'un diagnostic catégorique.

Enfin il n'est pas sans intérêt de constater qu'un tube long peut être expulsé de l'intestin par les voies naturelles, même chez de tout jeunes enfants.

(1) Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher aussi ces faits de celui que j'ai publié dans notre *Revue*, en 1891, p. 243, et intitulé : *Tube de verre introduit dans les voies respiratoires. Trachéotomie sans résultat immédiat. Issue de corps étranger quelques jours plus tard. Bronchorrhagie. Congestion pulmonaire et bronchite. Guérison.*

(HOPITAL TROUSSEAU). — M. BROCA.

DU PROLAPSUS DU RECTUM CHEZ L'ENFANT ET DE SON TRAITEMENT (1)

Je viens d'insister sur la défécation ; les autres efforts, en effet, sont exceptionnels chez l'enfant. A l'adulte sont réservées les mictions laborieuses du rétrécissement urétral ; au vieillard, celles de l'hypertrophie prostatique. Mais l'enfant peut connaître celles de la lithiase vésicale — très rarement à Paris, il est vrai — et il semble qu'alors le prolapsus rectal concomitant ne soit pas exceptionnel. Enfin, on a incriminé le phimosis : mais il est rare que cette difformité provoque une dysurie d'intensité suffisante.

Jusqu'à présent, j'ai supposé que le calibre du rectum était normal ; mais on conçoit combien le prolapsus va être facilité si un bol fécal, volumineux et dur, rencontre un obstacle à sa progression. C'est ainsi qu'il chasse devant lui un polype, par exemple, qui devient procident à chaque défécation ; mais, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, la chute rectale en est bien rarement la conséquence. Une virole cancéreuse pourrait jouer un rôle important, si elle n'avait coutume de s'accompagner

(1) Voir n° de février 1897, p. 57.

bientôt d'induration, d'adhérences, qui mettent obstacle à sa descente : il y a pourtant quelques exemples de prolapsus de cette espèce, et j'en ai publié un en 1886 à la Société anatomique. Une mention spéciale est due, d'après Boeckel, à certains rétrécissements congénitaux, assez haut situés, qui sont refoulés hors de l'anus par le bol fécal auquel ils ont fourni un point d'appui.

Dans l'exposé étiologique qui précède, j'ai moins cherché à énumérer toutes les causes connues qu'à les classer en expliquant leur mode d'action, car de là va résulter une conception nette de la thérapeutique. Mais avant d'aborder l'étude du traitement, je dois consacrer quelques lignes à celle des symptômes et du diagnostic.

Le prolapsus de la muqueuse seule constitue une tumeur rouge, en un bourrelet presque toujours complètement circulaire, se continuant directement avec la peau de l'anus, sans un sillon où puisse pénétrer le stylet ; la muqueuse a coutume d'être rouge, facilement saillante, recouverte de quelques glaires ; par une pression légère la réduction est facilement obtenue, au moins au début.

Mais si les soins sont insuffisants, si on laisse la tumeur s'accroître et l'état général périliter, la réduction devient de plus en plus difficile à obtenir et surtout à maintenir, le prolapsus augmente et à celui de la muqueuse s'ajoute, à un moment donné, celui de la paroi tout entière. Alors apparaît une tumeur pouvant arriver au volume d'une mandarine, le dépasser même, tumeur perforée au sommet d'un orifice d'abord central, puis excentré et regar-

dant en arrière, le boudin procident s'incurvant en concavité postérieure lorsque commence à résister le mésorectum attiré par glissement jusque dans la tumeur.

C'est alors surtout que la muqueuse est rouge, enflammée : il y a rectite manifeste, et cette rectite, par les épreintes qu'elle provoque, va contribuer à faire reproduire et à entretenir le prolapsus.

Une tumeur de semblable forme, de semblable volume, est facile à distinguer, par la simple inspection, du prolapsus de la muqueuse seule ; avec un stylet, on recherchera un sillon entre la tumeur et l'anus pour déterminer à quelle variété on a affaire, si c'est un prolapsus à trois ou à deux cylindres. Par la percussion, par la pression, on cherchera s'il existe en avant une hédrocèle, sous forme d'une tumeur gargouillante, sonore, se gonflant pendant la toux : cette recherche est peu importante chez l'enfant, où l'hédrocèle est rare et où, d'autre part, on n'a pas l'occasion de traiter les prolapsus par l'excision.

Après avoir ainsi exploré la tumeur, il convient de la réduire : pour cela on couche l'enfant sur le côté, on relève la fesse supérieure et, à travers une compresse enduite de vaseline, on exerce sur le prolapsus une sorte de taxis, l'extrémité des cinq doigts appuyant tout autour, tandis qu'on exerce un véritable refoulement en masse vers l'anus. Si l'enfant crie — et cela est la règle — la réduction peut être assez laborieuse ; mais si l'on a soin de réaliser une pression continue, le bassin étant bien immobilisé, on ne tarde pas à sentir, souvent entre deux cris,

la tumeur qui file entre les doigts et rentre tout d'un coup. Mais l'enfant continue à crier, et si l'on n'a pas soin de bien serrer les fesses l'une contre l'autre — ce qui est facile avec les doigts d'une main, disposés en couronne autour de leurs deux pôles — la chute se reproduit : on voit alors la tumeur se former par une sorte de mouvement de reptation, par le déroulement d'une série de plis transversaux qui, appartenant d'abord au cylindre interne, viennent se ranger au cylindre externe. Pour bien voir cette formation, le mieux est de faire tenir l'enfant sur le dos, les jambes écartées, dans la position dite de la taille; mais alors méfiez-vous, si le sujet a la diarrhée, car, surtout en raison des cris, il est possible que la sortie du rectum soit suivie d'une fusée odorante qui vous arrivera en plein visage et vous dérangera dans votre contemplation, ainsi que cela m'est arrivé.

L'examen précédent ne laisse pas place à une erreur de diagnostic : rien ne ressemble à un prolapsus rectal, et, par exemple, le polype du rectum, petite tumeur rouge violacée, grenue, arrondie, sans orifice central, ne ressemble en rien à la chute partielle ou totale. L'erreur est souvent commise; c'est parce qu'on ne regarde pas ce qui sort de l'anus et, sans songer à vérifier s'il y a un polype, on admet, sur la foi de la mère ou de la bonne, qu'il y a un prolapsus. La vérité est qu'on n'y sera jamais trompé si, en provoquant une garde-robe par un lavement, on fait sortir la tumeur dont il est alors facile de juger. D'une manière générale, on peut dire que, chez l'enfant, la coexis-

tence d'une hémorrhagie plus ou moins intense, avec quelque chose qui sort de l'anus à chaque défécation, doit faire songer au polype et non au prolapsus; mais ne vous prononcez jamais avant d'avoir vu.

Lorsqu'on a reconnu une chute du rectum, il reste à déterminer sa variété; mais je n'ai pas besoin de répéter ce que j'ai dit précédemment sur la forme et l'aspect du prolapsus partiel et total, sur la valeur du sillon. L'exploration complète de ce sillon avec le stylet, et parfois avec le doigt, a encore, dans certains cas, une importance réelle; certaines invaginations portant sur l'angle iléo-cæcal, peuvent descendre jusque dans le rectum et même hors de l'anus. Mais alors existent des signes d'occlusion intestinale inconnus à la procidence rectale, et pour confirmer le diagnostic on n'a qu'à constater que nulle part le stylet ne va butter au fond du sillon.

On déterminera enfin quelle est la cause du prolapsus, si, au sommet, existe une tumeur ou un rétrécissement, si le bourrelet muqueux n'est pas avant tout hémorrhoïdaire. Les hémorrhoïdes, sans doute, sont fort rares chez l'enfant; mais elles existent à cet âge; un jour, chez un garçon de dix-huit mois — dont père, oncles et grand-oncle sont hémorrhoïdaires — on m'a prié de regarder pourquoi chaque défécation s'accompagnait de cris, et j'ai vu, après une selle, une procidence violacée, occupant une partie de la circonférence anale; et plusieurs fois j'ai dû extirper, chez l'enfant, de petites masses hémorrhoïdaires urgescentes et douloureuses.

La chute du rectum ne doit pas être négligée et abandonnée à elle-même, car elle entraîne certains inconvénients, dont quelques-uns sont sérieux.

L'hémorrhagie est rare, mais, par exception, elle peut, par sa fréquence et son abondance, mettre la vie en danger. La rectite cause des épreintes, des douleurs. Les digestions se font mal, et finalement l'enfant dépérit ; mais avant d'accuser le prolapsus d'être la cause du dépérissement, il faut se souvenir que le plus souvent il en est l'effet.

J'ai entendu Trélat dire que quelques rétrécissements ont pour origine l'ulcération circulaire d'un prolapsus qui, toujours dehors, frotte constamment dans la culotte : et cela doit faire faire quelques réserves sur le rôle causal attribué par Boeckel à un rétrécissement congénital. Je n'ai d'ailleurs jamais rien vu de semblable. Avec le temps, le rectum prolapsé s'enflamme, s'indure, devient irréductible ; il peut même s'étrangler, jusqu'à se sphacéler, ou s'accompagner d'une occlusion mortelle. Mais chez l'enfant je n'ai jamais observé ces complications, pas plus que l'étranglement de l'hédrocèle, dont on a cité quelques exemples, et d'une manière générale je conclus avec tous les auteurs qui se sont occupés de pédiatrie, que le prolapsus de l'enfant est bien moins grave que celui de l'adulte, et l'étude du traitement va corroborer cette assertion. Pour établir avec fruit ce parallèle, je vais être obligé de résumer ce que nous savons sur le traitement approprié à l'adulte.

D'abord je dois éliminer les prolapsus secondaires aux hémorroïdes, aux tumeurs, aux rétrécissements : je les retiens seulement parce que sur eux ont débuté, avant les recherches systématiques autorisées par l'antisepsie, les tentatives d'extirpation.

Dans les prolapsus primitifs, les seuls envisagés ici, l'indication générale est de réduire — ce qui, en général, est aisé — puis de maintenir — et c'est ici que commencent souvent les difficultés.

Je n'ai pas besoin de revenir sur la manière dont on manipule le prolapsus pour obtenir la réduction ; ni sur la petite manœuvre par laquelle, en serrant les fesses l'une contre l'autre, on empêche la procidence de se reproduire immédiatement. Au bout de quelques minutes, ou peut, chez l'enfant, abandonner l'anus à lui-même, et d'ordinaire la réduction se maintiendra jusqu'à la prochaine selle ; mais alors il est de règle que la chute récidive. De là l'importance majeure de surveiller avec grand soin cette fonction : on fera aller l'enfant à la selle, couché sur le côté, en recueillant les excréments dans une serviette, et on recommandera surtout à la mère de ne pas laisser l'enfant s'éterniser, tous les matins, sur le vase de nuit ; la selle, que l'on provoquera au besoin par un lavement, par un suppositoire, aura lieu tous les jours à heure régulière, le matin de préférence ; sa durée sera courte, réduite au strict minimum nécessaire à l'expulsion, et immédiatement le prolapsus sera réduit, puis maintenu pendant quelques minutes, l'enfant restera encore au repos

pendant une demi-heure environ, puis on le lèvera. Une selle par jour, régulièrement, ai-je dit ; cela implique une surveillance attentive pour obtenir, par l'hygiène alimentaire et au besoin par les médicaments appropriés, la cessation soit de la diarrhée, soit plus souvent de la constipation dont les enfants sont si souvent atteints.

Localement, on agit sur le rectum par les lavements boriqués froids qui calment la rectite, on met en usage les propriétés astringentes du ratanhia. Mais surtout, on s'occupe de l'état général : par le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, les bains salés, l'alimentation bien réglée et bien choisie, on traite le rachitisme dont tous ces enfants sont entachés.

Par le traitement ainsi conduit, on obtient une amélioration rapide ; le prolapsus devient moins gros, puis il ne sort plus à chaque selle, puis ses chutes s'espacent notablement et enfin deviennent nulles. Si la mère obéit aux prescriptions que je viens d'énumérer, la guérison est à peu près constante : et pour mon compte personnel je n'ai jamais dû recourir aux boutons de feu de Dupuytren, aux raies de feu longitudinales sur la muqueuse rectale. Ces petites opérations ont été pratiquées et recommandées chez l'enfant, et certainement elles sont inoffensives ; mais je crois qu'elles sont presque toujours inutiles.

Deux fois, sans doute, chez des rachitiques devenus cachectiques — si bien qu'ils ont succombé — j'ai vu des prolapsus énormes, toujours dehors, ayant pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le bassin. Je n'ai même pas

songé à opérer ces enfants arrivés au summum de la débilité; de même sur un nourrisson atteint de spina-bifida. D'après ce que j'ai vu, je crois donc que l'indication opératoire ne se pose guère que chez les rachitiques trop gravement atteints pour être soumis à une intervention chirurgicale; peut-être, dans ces cas, si l'on réussissait à guérir le rachitisme, resterait-il un prolapsus volumineux et justiciable de la chirurgie, mais je n'en sais rien puisque mes deux malades sont morts quelques jours après leur entrée à l'hôpital.

On voit toute la différence avec le traitement du prolapsus chez l'adulte; à cet âge les moyens précédents ont coutume d'échouer, et l'on doit recourir à des opérations complexes, difficiles, quelquefois graves, fort comparables à celles que l'on dirige contre les prolapsus génitaux de la femme. C'est alors que l'on cherche à soutenir le rectum en rétrécissant l'anus et le périnée par une véritable anopérinéorrhaphie; à le suspendre au sacrum par voie périnéale, en combinant cette intervention à une véritable proctopexie par les procédés de Verneuil, de G. Marchant; à le suspendre par voie abdominale, comme l'a conseillé Jeannel, en fixant, par la colopexie, l'S iliaque à la paroi abdominale; à le supprimer enfin par la résection franche.

Tous ces procédés ont donné des succès, mais tous aussi des récidives, et si, grâce à ces tentatives, le prolapsus rectal de l'adulte n'est plus, comme autrefois, un des orobres de la chirurgie, il est loin d'en être encore devenu

une des merveilles. Il reste une infirmité grave et rebelle, bien différente dès lors du prolapsus de l'enfant, lorsque la thérapeutique est bien dirigée.

MÉNINGISME ET MÉNINGITES (1)

Par le Dr **G. Poehon**,
Ancien interne des hôpitaux.

Marche. — Durée. — Terminaison.

On ne peut établir un tableau général de l'évolution du syndrome; sa marche et sa durée sont essentiellement variables.

Seule la terminaison est à peu près constante. La guérison est la règle à laquelle dérogent fort peu de cas. L'absence d'autopsies est précisément la cause du vague qui règne encore sur la question.

Certains symptômes rares peuvent s'observer, tels le zona, l'herpès, des éruptions variées. On a signalé également une toux nerveuse accompagnant les autres phénomènes. A côté des manifestations ordinaires, de l'excitation méningée, on trouve fréquemment d'autres signes dont la nature et la diversité s'expliquent par la variété des causes déterminantes auxquelles ils doivent leurs caractères.

La terminaison, nous l'avons vu, peut être brusque, définitive d'emblée ou dissociée comme dans le cas cité;

(1) Voir n° de janvier, p. 12, et n° de février 1897, p. 46.

ou bien la guérison peut s'établir d'une façon lente et progressive.

On a signalé un cas de guérison consécutive à une épistaxis critique.

Formes.

Quand on lit les diverses observations publiées jusqu'ici sous la dénomination commune de méningisme, on remarque entre elles de grandes dissemblances.

Dans la plupart des cas, il est vrai, le tableau rappelle dans ses grandes lignes celui de la méningite tuberculeuse ; mais combien de variétés dans les détails !

A côté des cas frustes, qu'on aurait simplement dénommés migraines ou céphalée, il y a quelques mois, on trouve décrits, sous le nom de méningisme, une grande quantité d'états morbides très variables, mais qu'il est possible de grouper.

C'est ainsi qu'on a décrit les formes suivantes :

Méningisme pneumonique ;

Méningisme grippal ;

Méningisme typhique ;

Méningisme rhumatismal ;

Méningisme lié à l'impaludisme ;

Méningisme urémique ;

Méningisme de l'helminthiase ;

Méningisme de la dentition ;

Méningisme toxique des empoisonnements par le phosphore, la santonine, l'atropine, etc. ;

Méningisme hystérique, etc.

On pourrait passer en revue toutes les maladies infectieuses ; dans chacune d'elles on trouve des observations de méningisme ; par exemple, dans la scarlatine, la variole, la rougeole.

Déjà Bouchut, en 1866, avait donné une classification de ses pseudo-méningites ; il les divisait en quatre groupes qu'il réunissait sous la dénomination générale de « névroses congestives de l'encéphale ».

1^{er} groupe. — Pseudo-méningite utérine et chlorotique.

2^e groupe. — Pseudo-méningite intestinale et vermineuse ;

3^e groupe. — Pseudo-méningite gastralgique.

4^e groupe. — Pseudo-méningite tonsillaire et des maladies aiguës.

Discussion et classification.

Que faut-il penser de cette classification du méningisme, et de la division en formes d'un état pathologique aussi vague ? Le mot exprime l'existence d'un syndrome encore mal déterminé, essentiellement variable dans ses allures, dans sa marche, dans la qualité et le groupement de ses éléments.

En lisant toutes les observations publiées, à quelque classe qu'elles appartiennent, on est frappé par ce fait que, chez toutes, les manifestations méningées sont identiques dans leurs grandes lignes, et ne présentent r

entre elles de dissemblances plus marquées que celles qu'on observe entre plusieurs cas de méningite tuberculeuse, identiques quant à leur nature.

M. Gilles de la Tourette s'est élevé à la Société médicale des hôpitaux (séance du 10 janvier 1896) contre l'introduction, dans la nomenclature médicale, du terme méningisme qui, pour lui, « semble vouloir dire quelque chose, alors qu'en réalité il ne signifie rien si ce n'est que le malade présente des accidents dont on évite soigneusement de rechercher la cause, satisfait qu'on est de les avoir qualifiés ».

On a certainement outrepassé, dans la conception du méningisme, l'idée de son auteur. La déclaration de Dupré est formelle; il a voulu, par ce mot, désigner un ensemble clinique de manifestations méningitiques, toute idée pathogénique mise de côté. Il s'est contenté d'indiquer à l'étiologie les circonstances dans lesquelles se rencontre le syndrome, sans chercher de filiations, sans en tirer de conclusions physiologiques ni anatomo-pathologiques. Il émet une seule hypothèse, celle de l'origine toxique et de la nature hystérique des accidents; le méningisme devrait alors être considéré comme une forme de l'hystérie toxique.

Depuis la communication de Dupré, le très grand nombre d'observations publiées et les travaux entrepris sur la question permettent d'aller plus loin. Au lieu de considérer le méningisme comme une entité morbide à laquelle on décrit des formes, il nous paraît logique, avec M. Gilles de la Tourette et M. R. Romme (*Presse médicale*,

24 avril 1896), d'envisager avant tout la maladie concomitante, et de la considérer comme causale. Observant des phénomènes méningés au cours d'une grippe, par exemple, il s'agira, non de méningisme grippal, mais de grippe à manifestations méningées. Nous rendons ainsi toute son importance à la cause des phénomènes encéphaliques.

Les manifestations méningées dans les maladies infectieuses sont connues depuis longtemps, et les observations sont nombreuses au cours de la typhoïde (1), de la variole, de la rougeole, etc... (A suivre.)

(1) Guéneau de Mussy écrivait, en 1884, à propos de la dothiéntérie : « Pour moi, quand les malades ont succombé après des troubles très graves et très prolongés de l'innervation, je ne me rappelle pas avoir trouvé le cerveau dans ses conditions normales.

Tantôt il y avait une infiltration séreuse des méninges, avec abondance du liquide céphalo-rachidien, dilatation des ventricules, quelquefois avec pâleur de la toile choroïdienne. En même temps, le cerveau, le cervelet, la protubérance et parfois la moelle allongée présentaient un piqueté très prononcé, formé par des vaisseaux dilatés qui renfermaient de petits coagulum, ou une teinte rosée de la substance grise.

Quelquefois le liquide épanché était rougeâtre, teinté de sang, et la toile choroïdienne avait une coloration purpurine.

Les méninges paraissaient quelquefois détachées du cerveau, et s'en séparaient avec une facilité insolite; elles étaient généralement friables, et leurs vaisseaux, les veines surtout, étaient distendus et dilatés. Dans d'autres cas, au contraire, la masse cérébrale paraissait comprimée par les membranes, que sa turgescence semblait rendre trop étroites; les méninges étaient congestionnées et friables, et quand on les avait détachées, la surface cérébrale présentait de petites dépressions, quelquefois assez rapprochées et assez nombreuses pour lui donner un aspect grenu (NOEL GUÉNEAU DE MUSSY. *Clinique médicale*, t. III, 1884).

Le Gérant : G. STEINHEIL.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Avril 1897.

SOMMAIRE :

Des hémorrhagies puerpérales qui sont justiciables du traitement par l'eau chaude (<i>suite et fin</i>), par le Dr BOUFFE DE SAINT-BLAISE.....	97
Méningisme et méningites (<i>suite</i>), par le Dr G. POCHON....	106
Formulaire thérapeutique. — Traitement de l'eczéma impétigineux des enfants par la liqueur de Donovan, par le Dr BRETON.....	128

DES HÉMORRHAGIES PUERPÉRALES QUI SONT JUSTICIABLES DU TRAITEMENT PAR L'EAU CHAUDE (1).

2^o HÉMORRHAGIES PENDANT LE TRAVAIL PAR INSERTION VICIEUSE. — Ce que je viens de dire trouve encore ici son application et je ne pourrais que répéter la page précédente.

Il faut, dans ces cas, vider l'utérus le plus vite possible en empêchant le placenta de s'engager le premier, pour sauvegarder la vie de l'enfant.

3^o HÉMORRHAGIES QUI SURVIENNENT IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — Il peut arriver qu'immédiatement

(1) Voir n^o de mars 1897, p. 65.

après l'expulsion du fœtus il s'écoule par les organes génitaux, une quantité de sang plus ou moins considérable. Cet écoulement est-il physiologique? En général, la perte de sang qui accompagne toute délivrance ne se produit pas tout de suite après l'accouchement; il semble que l'utérus prenne ici un moment de repos, et les contractions nécessaires pour le décollement du placenta ne recommencent que quelques minutes après l'expulsion du fœtus. Si donc il se produit immédiatement après l'accouchement une perte de sang abondante, continue et ayant un retentissement sur le poulx, il faudra que le médecin fasse le diagnostic du siège de l'hémorrhagie; il pourra alors en découvrir l'origine dans une déchirure de la vulve, du vagin, du col, du segment inférieur ou dans la présence du placenta inséré vicieusement et en partie décollé pendant le travail.

Comment agir par l'eau chaude sur les déchirures des vaisseaux situés dans des tissus non rétractiles comme ceux de la vulve et du vagin? Cela n'est pas possible.

Les déchirures du col donnent en général peu de sang, mais il n'en est pas de même de celles du segment inférieur, et nous possédons au musée de Baudelocque, une pièce dans laquelle on voit une déchirure du segment inférieur d'environ 10 centimètres, cicatrisée après un premier accouchement, qui s'est rouverte à un second, et dans le fond de la plaie on aperçoit l'artère utérine sectionnée. Ici encore, nous serons impuissants par les moyens ordinaires.

Quant à l'hémorrhagie causée par un décollement partiel prématuré du placenta, il serait puéril de chercher à l'arrêter par des injections, alors que presque toujours la femme est très anémiée par les pertes de la grossesse et du travail. Il n'y a dans ce cas qu'une chose à faire, c'est la délivrance artificielle.

4° HÉMORRHAGIES PENDANT LA PÉRIODE DE DÉLIVRANCE. — J'ai dit tout à l'heure que toute délivrance s'accompagnait d'un écoulement de sang, pendant la période de décollement du placenta. Cet écoulement physiologique peut se faire en dehors quand le placenta se présente par son bord, ou la face utérine, ou au contraire le sang peut être retenu à l'intérieur de l'utérus, quand le placenta se présente par sa face foetale et obture ainsi complètement l'orifice utérin. Cet écoulement sanguin peut, en cas d'inertie utérine, prendre un caractère pathologique; et on pourra assister à une hémorrhagie externe ou à une hémorrhagie interne.

La quantité du sang perdu peut donner lieu à des erreurs d'interprétation, considérables, suivant par exemple, la faculté d'absorption du linge sur lequel la malade sera couchée. Ensuite les femmes sont plus ou moins sensibles à une hémorrhagie : les unes auront un état général très mauvais avec une perte relativement peu abondante, d'autres au contraire résistent merveilleusement. Il nous faut donc un critérium qui commande l'intervention, et ce critérium nous le trouverons dans *les puls.* Si donc, une femme vient d'accoucher, perd ou

une quantité notable de sang, ou bien si ce sang s'épanche en dedans, ce dont nous serons avertis par la mensuration utérine et l'élévation du fond de l'utérus plus considérable qu'elle ne se produit d'habitude, on prendra le pouls, et si le pouls atteint 100, il faudra intervenir immédiatement quelle que soit la quantité de l'écoulement.

Dans ces cas l'injection d'eau chaude même intra-utérine pourra certainement faire contracter l'utérus, et par conséquent hâter le décollement du placenta, dans les cas où celui-ci ne se décolle pas, par défaut de contraction. Mais nous avons comme tout à l'heure un mode d'intervention bien plus puissant et immédiatement applicable : la délivrance artificielle. Tout au plus serait-il nécessaire, dans les cas graves, de faire faire par un aide la compression de l'aorte, immédiatement au-dessus du bord supérieur de l'utérus, pour prendre le temps de faire une antiseptie sévère de ses mains et de ses avant-bras.

Qu'on relise l'article de M. Oui, sur ce sujet, on y trouve les détails les plus circonstanciés. Car je ne puis considérer cette vaste question des hémorrhagies qu'à un point de vue particulier : celui de l'action de l'eau chaude sur elles.

5° HÉMORRHAGIES QUI SUIVENT LA DÉLIVRANCE. — Voilà le placenta et ses membranes expulsés ou extraits, l'accoucheur examinera avec le plus grand soin ces annexes pour s'assurer non seulement des particularités qu'elles peuvent présenter, mais surtout pour être certain qu'elles

sont bien complètes. Car s'il restait dans l'utérus une portion si petite qu'elle fût de cotylédons, il serait absolument nécessaire d'introduire la main pour aller à sa recherche. Au contraire pour les membranes, il ne faut pas, si elles sont incomplètes, s'en préoccuper ; cette recherche serait vaine presque toujours.

A ce moment si l'utérus ne se rétracte pas violemment, les vaisseaux restent béants, et il peut se produire une violente hémorrhagie. C'est ici que l'eau chaude est toute-puissante et je verrai tout à l'heure la manière de l'employer. L'injection intra-utérine chaude n'a jamais échoué, chaque fois qu'on a pu l'administrer alors que la femme n'était pas complètement exsangue. Et encore depuis quelques années, depuis que nous pratiquons les injections intra-cellulaires de solution salée (8 gr. de sel marin pour 1000 gr. d'eau bouillie) avons-nous réussi à ressusciter pour ainsi dire des malades amenées de la ville en syncope, sans pouls, sans respiration, sans réflexes, en un mot exsangues et n'ayant plus comme unique signe de la vie que quelques rares battements cardiaques. M. de Lapeyrouse rapporte dans sa thèse quelques-unes de ces magnifiques observations.

Si l'hémorrhagie est secondaire, c'est-à-dire si elle se produit quelque temps après l'accouchement, le traitement sera le même. Il peut se faire en effet que l'utérus se contracte de suite après la délivrance, puis quelque temps après, une heure, deux heures, quelquefois même plus longtemps, que l'inertie de l'utérus survienne à un moment

où les vaisseaux ne sont pas encore obturés par les caillots. Nous sommes encore dans ce cas-là tout-puissants avec l'eau chaude seule. Il faut savoir seulement que ces hémorrhagies sont possibles et ne pas abandonner une malade avant que la sensation de l'utérus contracté (*le globe de sûreté de M. Pinard*) et, si nous avons affaire à une multipare, des tranchées plus ou moins violentes, ne nous montrent que cette inertie n'est plus à craindre.

III

Manuel opératoire.

1° QUEL LIQUIDE EMPLOIE-T-ON. TEMPÉRATURE DE L'EAU ?

— Nous employons toujours la solution de biiodure de mercure à 1 p. 4000. Cette solution ne paraît pas avoir une action aussi dangereuse que le sublimé au point de vue de l'intoxication. Elle est aussi antiseptique que lui et ne tanne pas les doigts de l'opérateur ni les tissus de la malade. Cependant chez les albuminuriques, on fera bien d'employer une solution faible d'acide phénique (1 p. 5 ou 600).

Il faut naturellement que l'eau ait bouilli. Quant à sa température, j'ai dit avec M. Pinard que 48° étaient toujours supportés par la femme et qu'il fallait cette température pour exciter la fibre musculaire.

Les expériences que j'ai rapportées en font foi.

2° OU FAUT-IL INTRODUIRE LA CANULE ? — La balnéation vaginale peut rendre de grands services dans les cas ordi-

naires. Mais quand il y a une véritable hémorrhagie, il ne faut pas hésiter à faire l'injection intra-utérine. Il faut donc toujours avoir dans sa trousse une canule intra-utérine. Nous ne nous servons à Baudelocque que de la canule de M. Tarnier, à simple courant, en verre ou en argent, qui donne un écoulement régulier, quoi qu'on en ait dit. Pour l'introduire, on pratiquera le toucher avec deux doigts, pour sentir la lèvre postérieure du col, puis avec l'autre main, on poussera la canule bien expurgée d'air, sur ces deux doigts et quand on aura introduit son extrémité dans le col presque toujours reformé en partie, il suffira de redresser la canule pour l'introduire jusqu'au fond. Il sera nécessaire, avant de faire ce mouvement de bascule, de porter l'autre main sur le fond de l'utérus, pour être averti du cheminement de la canule; il sera ainsi impossible de perforer l'utérus. M. Pinard recommande aussi, pendant que le liquide coule lentement, de malaxer légèrement le fond de l'utérus. L'eau chaude baigne ainsi davantage toutes les portions de la cavité.

Il est utile de baigner la paroi utérine et non pas de la flageller d'un jet d'eau très puissant; ce choc pourrait être très dangereux. Il faudra donc faire élever le bock laveur en tôle émaillée, de quelques centimètres seulement au-dessus du plan où repose la malade : 20 ou 25 centim. au maximum.

Au bout d'un temps plus ou moins long, l'utérus se contractera; j'ai vu certains utérus ne se contracter qu'après le passage de 8 ou 10 litres de liquide. Quelque-

fois même cette contraction sera si puissante que les yeux de la canule seront obturés. C'est cela, je crois, qui a fait penser à la nécessité d'employer des canules à double courant ; mais après quelques instants, l'organe deviendra moins dur et le liquide recommencera à couler régulièrement.

Il peut se faire que les parois utérines soient tapissées de sang coagulé et qu'une portion de la cavité soit remplie de caillots. Ainsi, l'eau chaude pourra baigner directement le muscle utérin et n'aura par conséquent qu'une action peu énergique. Il faudra dans ce cas introduire la main bien lavée dans l'utérus et en extraire tous les corps étrangers. On sait quelle excellente manœuvre est la suivante, aussi bien pour exciter un utérus que pour le bien nettoyer : Introduire la main, qui frotte la paroi, en même temps qu'une longue canule glissée suivant la face palmaire de cette main, vient arroser de liquide antiseptique toute la surface d'où les doigts viennent d'enlever les caillots.

Après un temps variable suivant les cas, le liquide revient clair et non coloré par le sang, en même temps que la main abdominale perçoit la contraction utérine, contraction qui n'a aucun rapport avec la contracture produite par le seigle ergoté.

Les hémorrhagies après la délivrance dans le cas d'insertion vicieuse seront combattues victorieusement par les mêmes moyens.

Je finirai cet alinéa par la conclusion suivante : L'eau

chaude est le traitement tout-puissant de toutes les hémorrhagies qui reconnaissent pour cause la non-contraction de l'utérus, — et je ne citerai pour mémoire qu'un seul fait où elle ne pouvait agir : Je me souviens en effet d'avoir vu à l'hôpital Beaujon, en 1888, une femme qui s'était empoisonnée par le phosphore ; elle mourut d'hémorrhagie après la délivrance, et son utérus n'était qu'un amas graisseux où toutes les fibres musculaires avaient perdu leur caractère et leur contractilité ; il faut évidemment pour qu'une fibre musculaire puisse se contracter sous l'influence d'un moyen quelconque, qu'elle soit contractile, cela va sans dire.

Je n'ai, à dessein, pas parlé des hémorrhagies de l'avortement, tous les cas possibles peuvent rentrer dans ce que je viens de dire.

3° RÉSULTATS DE CETTE MÉTHODE. — Je serai bref ! Car la statistique est bien simple. Les injections d'eau chaude dans les cas où elles sont indiquées, jamais accompagnées ni de seigle ergoté, ni d'ergotine, ni d'ergotinine, ni de bains, ni de tamponnement, ont donné le résultat suivant :

Depuis 7 ans il n'est pas mort à la clinique Baudelocque une seule femme d'hémorrhagie.

Parmi ces malades, les unes n'étaient pas justiciables de l'eau chaude ; leur existence a été sauvegardée par d'autres moyens non moins puissants, moyens qu'il m'est impossible d'étudier ici et qui l'ont été déjà remarquablement dans les colonnes de ce journal.

Enfin, comme je l'ai déjà dit, nous sommes encore plus forts depuis qu'il nous est permis, au moyen des injections de solution salée, de ramener à la vie des femmes que l'on nous amène mourantes, du fait d'hémorrhagies antérieures aux soins que nous sommes appelés à donner.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE,
Chef de clinique obstétricale à la Faculté.

MÉNINGISME ET MÉNINGITES (1)

Par le Dr **G. Pochon**,
Ancien interne des hôpitaux.

Depuis le mémoire de Dupré la dénomination a changé, et nous avons des faits relatés de « méningisme au cours de la typhoïde », dans la rougeole, etc..., tant le mot a fait fortune.

Qu'on prenne la méningite tuberculeuse, les méningites à pneumocoques décrites par Netter, les méningites d'origines diverses, constatées anatomiquement, et dont l'agent bactériologique a pu être nettement déterminé. Qu'on observe ensuite les méningites dont le diagnostic est demeuré obscur, les manifestations méningées du rhumatisme, de l'urémie, etc..., enfin qu'on envisage le tableau du méningisme tel que l'a décrit Dupré, on est frappé de la similitude absolue du tableau symptomatique. Ce fait prouve une seule chose, mais qui est d'un intérêt capital,

(1) Voir n° de janvier, p. 12, n° de février, p. 46, et n° de mars, 1897, p. 92.

c'est que les méninges, quelle que soit la cause de leur excitation, réagissent toujours d'une façon identique.

C'est ce qui explique la difficulté, souvent l'impossibilité du diagnostic ; c'est ce qui fait comprendre le succès du mot *méningisme*, qui, embrassant tout, dispense de différencier. C'est ce fait également qui cause l'arbitraire des classifications.

Nous proposons de faire deux classes des observations dans lesquelles se rencontre le syndrome de Dupré. Un grand nombre nous paraît devoir être mis au rang des *méningites*. Aux autres nous conserverons provisoirement la dénomination de *méningisme*, convaincu que cette appellation n'est que transitoire, et qu'elle cèdera à l'avancement de nos connaissances.

Le péritonisme de Gubler a vu sa signification se restreindre au maximum. Mais nous savons aujourd'hui qu'il ne s'agit que de péritonites localisées ou atténuées, trop faibles pour avoir la gravité des péritonites normales et ordinairement curables. La réaction péritonéale est cependant semblable. On ne désigne plus actuellement sous ce nom que quelques faits rares dont la nature nerveuse elle-même est contestable.

De même qu'il s'agit d'une manifestation infectieuse sur la séreuse péritonéale, de même on peut, dans la plupart des cas, attribuer à une infection inflammatoire directe les phénomènes méningés qu'on observe au cours des états infectieux.

Le caractère de ces méningites est, en général, leur

bénignité; elles guérissent malgré la gravité de leur allure (1).

Les observations des otologistes peuvent nous servir de point de départ. Elles ont une très grande importance parce que l'intervention chirurgicale a permis la vérification directe. A côté des cas très graves, terminés par la mort, il existe des faits de guérison; et, dans ces cas, la nature infectieuse de la lésion n'est pas plus douteuse que dans les cas mortels. Il s'agit seulement de formes localisées ou atténuées qu'on peut comparer au péritonisme de Gubler.

Dans une étude sur les « abcès du cerveau et méningites consécutifs à des suppurations de l'oreille moyenne » publiée en juillet 1894 dans le *Bulletin de la Société anatomique*, M. A. Broca cite des observations de méningite consécutive à une otite moyenne suppurée. Le même auteur, dans son *Traité de chirurgie cérébrale*, reprend et commente les mêmes faits. Dans certains cas terminés par la mort, on a trouvé une méningite suppurée de la

(1) Bouchut écrivait en 1866 : « Il n'y a de différence entre la vraie et la fausse méningite qu'une question de degré. Les symptômes du début, produits par la congestion des méninges, sont à peu près les mêmes, et c'est leur persistance, leur prolongation, et l'aggravation jusqu'à production de somnolence, de cris aigus, de convulsions, de strabisme, de paralysie, etc., qui permettent de se prononcer sur la nature des lésions des méninges. Cela se comprend, puisque la congestion méningée est le point de départ des accidents qui s'observent dans l'un et l'autre cas. Seulement, dans la fausse méningite, la congestion s'arrête, et cesse de troubler les fonctions de l'encéphale ; tandis que dans la méningite vraie, à la congestion succèdent l'épanchement ventriculaire et la suppuration des membranes avec ramollissement cérébral superficiel. »

base, gagnant plus ou moins les régions latérales; ou bien s'étendant le long des vaisseaux et limitée, par exemple, à la région temporale gauche et à la scissure de Sylvius.

Dans des cas plus favorables, la trépanation fut suivie de guérison après évacuation des fongosités, et curettage des cavités de l'oreille moyenne; les phénomènes méningés disparurent après l'opération.

A côté des ces formes mortelle et curable de méningites d'origine otique, il en est d'autres qui évoluent spontanément parce que leur nature est méconnue; et parmi ces méningites, il en est qui guérissent sans intervention. M. Broca fait remarquer très justement qu'il est probable qu'un grand nombre d'inflammations méningées, autrefois dites idiopathiques, ont leur porte d'entrée, aujourd'hui bien moins souvent méconnue, dans les cavités de l'oreille moyenne.

Quelle est la nature anatomique de ces lésions? C'est une méningite vraie, mais d'intensité essentiellement variable, qui peut aller de la suppuration à l'irritation simple causée par le voisinage de l'otite.

Il ne saurait donc ici être question de méningisme; la réaction des enveloppes encéphaliques est variable d'intensité selon le terrain, et, chez un sujet nerveux, une irritation légère pourra provoquer les symptômes les plus bruyants. De même une inflammation limitée du péritoine provoque une réaction intense à laquelle on donnait le nom de péritonisme.

La mort peut d'ailleurs survenir au cours de ces méningites d'origine otique sans qu'il y ait de suppuration. Koerner, Schwartze, ont publié des cas de méningites rapidement mortelles où, à l'autopsie, on n'a pas trouvé de pus, mais seulement de la congestion et de l'œdème du cerveau. Koerner admet avec Huguenin, qu'il s'agit dans ces cas d'une « méningite à streptocoque incomplète » (A. Broca et P. Maubrac, *loc. cit.*).

Nous devons admettre l'existence d'un agent infectieux, streptocoque ou autre, dans ces formes de méningite otique. On l'a trouvé fréquemment dans le pus ou dans les fongosités; dans un cas de M. Broca, l'examen bactériologique, pratiqué par M. Péron, a révélé la présence du streptocoque.

Dans plusieurs recherches personnelles nous avons trouvé, tantôt le staphylocoque blanc ou doré, tantôt le streptocoque, ou bien le pneumocoque,

Nous voici donc en présence de faits positifs : méningites, avec tous les symptômes d'origine connue, provoquées par un agent infectieux connu. Donc, méningites infectieuses.

Parmi celle-ci, variété dans l'intensité et dans le détail des symptômes. Terminaison par la mort, ou par guérison après intervention chirurgicale; ou bien par guérison spontanée.

Si maintenant on considère les faits publiés de méningisme grippal, pneumonique, etc... on ne peut manquer d'établir un rapport entre eux et les formes que noi

venons de passer en revue. Ici encore nous trouvons un agent infectieux dont le rôle pathogénique n'est pas douteux. Ce qu'est la lésion anatomique, il est difficile de l'affirmer, et cependant ce que nous savons des méningites d'origine otique apporte une certaine lumière sur la question.

Les troubles méningés de la grippe, de la pneumonie, sont d'un pronostic moins grave, et c'est précisément parce qu'ils guérissent qu'on les a désignés sous le nom de méningisme. Les autres ont une gravité plus grande qui s'explique par le voisinage direct de l'infection otique qui favorise l'ensemencement des méninges, et qui d'ailleurs, elle-même, est d'un pronostic grave en raison des complications dont est menacé le malade : telles qu'abcès cérébraux, phlébite des sinus.

Il nous est donc permis d'avancer que les phénomènes méningés qui surviennent au cours des infections sont d'origine infectieuse, qu'ils sont dus à des lésions inflammatoires réelles des enveloppes encéphaliques.

Les épidémies de manifestations grippales sur les méninges, telles que celle dont il est question dans le dictionnaire de Dechambre, ne peuvent s'expliquer que par la présence d'un agent infectieux, et on ne peut s'empêcher de comparer ces cas à ceux de méningite cérébro-spinale épidémique. Si l'agent pathogène de celle-ci n'est pas encore nettement déterminé, les travaux faits récemment en Allemagne tendent à préciser sa nature. Leyden, la Société de médecine interne de Berlin, 29 juin 1896,

a décrit un microbe qu'il considère comme agent spécifique, et qu'il a trouvé dans un liquide résultant d'une ponction lombaire. Il s'agit d'un diplocoque intracellulaire ressemblant au gonocoque, mais plus difficile à décolorer par le Gram, se présentant sous forme de tétrades, offrant un filament central clair dans la forme en série. Ce micro-organisme se cultive facilement sur les terrains ordinaires, et se montre pathogène pour quelques animaux. Le même diplocoque a été rencontré en abondance dans trois cas par Ruge. Fürbinger l'a trouvé quatre fois.

Nous pouvons placer en regard de ces travaux, qui concernent la méningite cérébro-spinale épidémique, les cas publiés au commencement de l'année par A. Pfuhl et R. Walter (*Deut. med. Wochenschr.*, 6 et 13 février 1896) dans un mémoire relatant une épidémie de grippe à manifestations presque exclusivement nerveuses. Trente-quatre soldats d'une garnison allemande ont été frappés, dont trois ont succombé. Dans les trois cas l'autopsie révéla l'existence d'une méningite cérébro-spinale. L'examen bactériologique, portant sur le sang du sinus, sur les méninges, le liquide cérébro-spinal, la substance cérébrale et médullaire, montra la présence d'un grand nombre de bacilles de l'influenza, des streptocoques peu nombreux.

Ces recherches et ces résultats ont porté sur 3 cas sur 34. On ne peut dire que 3 cas seuls étaient de la méningite, et que ceux qui ont guéri doivent être classés parmi les faits de méningisme. Il faut admettre que les 34 observations sont identiques dans leur pathogénie ; l'agent infec-

tieux était le même, seules sa virulence et l'étendue des lésions anatomiques ont varié.

Ici, comme dans les méningites d'origine otique, nous devons donc admettre des degrés, mais il nous paraît nécessaire de donner à ces faits la dénomination de méningite grippale et non de méningisme.

Puisqu'il est établi par ce que nous venons de voir, que, dans une épidémie particulièrement grave, la guérison peut se produire dans une proportion de 31 contre 3 cas de décès, rien ne s'oppose à admettre la possibilité d'une terminaison favorable des cas moins malins, sans pour cela refuser de les considérer comme de vraies méningites infectieuses.

H. Krannhals (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 20 décembre 1894) rapporte sept cas de manifestations méningées observés à la fin de l'épidémie d'influenza de 1890. Sur ces 7 malades, 6 ont succombé après avoir présenté les symptômes ordinaires de la méningite, et à l'autopsie on a trouvé de l'hyperhémie avec œdème des méninges, sans qu'il soit possible de découvrir aucune lésion des autres organes. Ici encore, par conséquent, méningite évidente, qu'on peut affirmer d'origine grippale, bien qu'il n'y ait pas eu d'examen bactériologique.

Ce que nous venons de dire des manifestations méningées de la grippe s'applique de même à celles de la pneumonie, à celles qu'on observe au cours des infections gastro-intestinales et de toutes les infections en général.

Nous avons dit qu'on n'est pas autorisé à nier l'exis-

tence d'une méningite par le seul fait de la guérison. L'observation suivante que nous devons à la bienveillance de notre maître, M. Rendu, est particulièrement intéressante à ce point de vue, parce que l'autopsie a permis de retrouver la trace d'une méningite ancienne, probablement légère, survenue au cours d'une infection intestinale, et dont les manifestations avaient été identiques à celles qu'on a décrites, dans des cas semblables, sous le nom de ménin-gisme.

OBSERVATION. — Auguste T..., cocher, âgé de 41 ans, entré le 22 juin 1896, à l'hôpital Necker, salle Boulay, n° 19.

Depuis quatre ou cinq jours, le malade est atteint de diarrhée et de vomissements.

Selles jaunâtres, fétides.

23 juin. Entré à l'hôpital le 22 juin, il est pris de délire dans la matinée du 23, ce qui rend son interrogatoire impossible.

Appareil digestif. — Langue sale, humide. Pas de ballonnement du ventre. Diarrhée ocreuse. Foie normal. Rate présentant dans le sens vertical une matité qui s'étend sur une longueur de 4 centimètres.

Appareil respiratoire. — Diminution du murmure vésiculaire dans la fosse sus-épineuse gauche. Retentissement de la toux et de la voix.

Appareil circulatoire. — Cœur normal. Pouls irrégulier.

Système nerveux. — *Motilité.* — Hémiparésie du côté gauche. — *Sensibilité.* — Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie. Conjonctives injectées. — Mydriase de l'œil gauche; paupières à demi fermées. Mouvements carphologiques.

Raie méningée. Pas d'albumine dans les urines. T. M. 36°,3; T. S. 37°,4.

On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse anormale. *Traitement.* — Quatre sangsues à l'apophyse mastoïde droite. Compresses froides sur la tête.

Le 24. Légère amélioration. Le délire a cessé, et le malade commence à répondre quand on l'interroge. Il nous apprend qu'il tousse depuis 10 ans, et qu'il a eu une hémoptysie il y a six mois.

L'hypothermie persiste : 36°,4.

Mêmes symptômes que la veille, moins le délire. Cornées desséchées (lavages d'eau boriquée tiède).

Traitement. — Potion avec 1 gramme d'iodure de potassium. Sinapisme sur la nuque.

Le 25. Diminution des troubles nerveux.

La diarrhée persiste, ocreuse et fétide.

Langue sèche, sanguinolente.

Potion.

Acide lactique.....	4 grammes
Sirop de limon.....	30 —
Eau.....	100 —

Lavages de la langue avec de l'eau oxygénée.

Lavages des cornées ulcérées avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée.

Le 26. La diarrhée a cessé, et en même temps les symptômes méningés.

On abandonne le diagnostic de méningite tuberculeuse, et on conclut à une entérite aiguë, cholériforme, infectieuse.

Le 27. Potion :

Acide lactique.....	2 grammes
Sirop diacode.....	30 —

La convalescence s'établit alors; le malade gardant une ce halée sourde persistante.

8 juillet. Œdème des jambes. Rien à l'auscultation du cœur; urines normales. Submatité et diminution de la respiration à la base du poumon gauche. Badigeonnage iodé.

Le 20. Le malade quitte le service pour aller en convalescence à Vincennes. Bon état général. La céphalée a disparu.

A Vincennes il est atteint d'une pneumonie pour laquelle il rentre à Necker, le 3 août.

La lésion, d'abord localisée à la base gauche, envahit bientôt tout le poumon, puis le côté droit. Le malade présente de nouveau de la diarrhée et meurt le 7 août au milieu de phénomènes asystoliques.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax s'écoule du liquide pleural en petite quantité. A gauche la plèvre pariétale est épaissie et se détache difficilement.

Poumon gauche. — La scissure interlobaire a complètement disparu par soudure des deux lobes. A la coupe, le lobe supérieur est rouge foncé; l'autre plus pâle. Écoulement d'une grande quantité de sérosité purulente. L'ensemble du poumon est à une période avancée d'hépatisation (rouge et grise). Pas de granulations; pas de cavernes. Aux deux sommets on constate seulement quelques noyaux indurés anciens.

Poumon droit. — Nombreuses adhérences pleurales, congestion diffuse légère.

Cœur. — Mou, sans lésions des orifices.

Aorte. — Légèrement athéromateuse.

Foie. — Petit, dur, jaune, très nettement clouté; pas de réaction amyloïde.

Rate. — Normale.

Reins. — Gros; un peu congestionnés. Se décortiquent bien.

Péritoine. — Ascite. Pas de granulations.

Encéphale. — Pas de granulations. — Pas d'épanchement ventriculaire. Méninges épaissies, très adhérentes à la surface des circonvolutions.

Ce caractère des méninges est ici une preuve que les symptômes observés étaient dus à une méningite vraie, guérie. Le malade est mort de pneumonie.

Nous pouvons rapprocher de ce fait l'observation de Claïsse (1). Dans celle-ci, nous constatons l'existence d'une broncho-pneumonie, qui a évolué en même temps que les symptômes méningés, et qui explique suffisamment la mort. Ce n'est donc pas ici la méningite qui a tué le malade, bien que l'encéphale n'ait pas été trouvé absolument indemne : les méninges présentaient une hyperhémie modérée ; la quantité de liquide céphalo-rachidien était notablement supérieure à la normale. Il y eut donc méningite légère, ou commençante, suffisante à produire les phénomènes observés en vertu du principe que nous avons énoncé.

L'observation de Bergé (2) ne peut être classée dans le même groupe, la mort a été produite par une pneumonie qui ne s'était manifestée pendant la vie par aucun signe physique. À l'autopsie, le sommet du poumon droit fut trouvé hépatisé en masse : hépatisation rouge dans sa plus grande étendue, grise en avant, le lobe inférieur gauche renfermait aussi un noyau d'hépatisation grise assez volu-

(1) CLAISSE. *Presse médicale*, 6 janvier 1894.

(2) BERGÉ. *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1873, p. 271.

mineux. Il y avait du pus dans la trachée et les bronches. Les ganglions juxta-trachéaux étaient tuméfiés, de couleur rouge foncé.

De pareilles lésions expliquent suffisamment la mort pour qu'il ne soit pas nécessaire d'incriminer les troubles méningés. Ceux-ci furent cependant très manifestes dans l'observation qui nous occupe, et, cependant, à l'autopsie, on ne trouva aucune altération des méninges ni de l'encéphale.

Le sujet se trouvait dans de mauvaises conditions de résistance qui expliquent l'intensité de la réaction ; c'était un enfant de quatre ans et demi, qui venait d'avoir le croup et présentait à son entrée à l'infirmierie des Enfants-Assistés, une plaie de trachéotomie à peine cicatrisée. La maladie actuelle avait débuté par une amygdalite suivie d'une éruption fugace ; les urines étaient albumineuses. On ne peut s'empêcher de songer à la possibilité d'une scarlatine fruste. Chez ce sujet dont les reins avaient déjà été touchés par la diphtérie, ne pourrait-on pas admettre la nature urémique des troubles encéphaliques ?

On a décrit en effet une forme de méningisme urémique. Là encore, il nous semble que le mot n'a pas sa raison d'être, puisque, parmi les nombreuses manifestations de l'urémie, celles qui intéressent le système nerveux central et périphérique sont bien connues et ont été décrites sous leur nom depuis longtemps.

Nous pouvons rapprocher de ce groupe les observations de méningisme d'origine toxique, d'autant plus que la plu

part des poisons incriminés sont parmi ceux qui agissent le plus énergiquement sur le rein, tels que la cantharide, le phosphore, l'alcool, etc.

L'observation suivante de M. Comby montre combien peuvent ressembler à la méningite les troubles de cette nature.

OBSERVATION. — *Dangers du vésicatoire chez l'enfant.* —

MM. COMBY et FRENKEL (*Société médicale des hôpitaux*, 6 novembre 1896).

Jules A..., âgé de 4 ans, est reçu le 18 octobre à l'hôpital Trousseau, salle Barrier.

Le père est bien portant ; ancien rhumatisant ; la mère se porte bien ; un enfant de trois mois en bonne santé.

L'enfant est né à terme ; a été élevé au sein jusqu'à dix-huit mois ; a marché à deux ans ; première dent à dix mois.

Rien d'anormal jusqu'à trois ans et demi ; a eu la rougeole à cette époque, dont il a bien guéri.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, le 14 octobre, l'enfant se met à tousser et un médecin consulté a ordonné d'appliquer deux vésicatoires, l'un en avant et l'autre en arrière de la poitrine ; les vésicatoires ont été laissés en place pendant quatre heures.

Dès le lendemain, l'état général de l'enfant, au lieu de s'améliorer, devint de plus en plus mauvais ; l'enfant est agité, crie continuellement et se plaint de la tête.

Les jours suivants, son état ne s'améliore guère et c'est dans ces conditions que l'enfant nous est amené à l'hôpital, avec un certificat de la part du médecin, qui porte le diagnostic de méningite.

Le 18 octobre, le jour de son entrée, l'enfant est très

abattu, il ne prête attention à rien de ce qui se passe autour de lui ; la somnolence est continuelle, et il n'en sort que pour pousser des gémissements ou pour prononcer des paroles incohérentes.

Il est couché sur le dos, la face est plutôt congestionnée ; le regard terne et inquiet, les pupilles inégalement dilatées.

Le pouls est rapide et très petit, la respiration régulière, le ventre normal, la température du soir 39°,3. Il se défend au moindre attouchement, mais il n'existe pas de troubles de sensibilité.

A chaque instant, il porte sa main à la tête dont il continue à souffrir ; depuis vingt-quatre heures il n'a pas été à la selle et, malgré un lavement qui lui a été donné, il n'a rien rendu du tout.

Il n'urine pas et le cathétérisme ramène une quinzaine de grammes environ d'urine claire et albumineuse. On constate une faible raideur de la nuque.

L'examen de la poitrine nous fait voir l'existence de deux larges plaies non complètement cicatrisées, consécutives aux vésicatoires, et mesurant l'une (dans le dos) 15 centim. de long sur 8 centim. de large ; celle de devant 8 centim. de long sur 5 centim. de large. Le scrotum est œdématié dans son ensemble, rien de spécial aux membres inférieurs.

Rien à l'auscultation de la poitrine.

La langue est sèche, rôtie ; il en est de même des lèvres et du fond de la gorge.

On lui fait appliquer deux ventouses scarifiées au niveau de chaque région lombaire ; lavement froid matin et soir, et on lui fait avaler le plus de lait possible.

Le lendemain de notre examen, l'état est presque le même, la constipation et l'anurie persistent ; un nouveau cathétérisme ne ramène rien. La température marque 38°,4 le matin ; 38°,8 le soir.

Le 20 octobre. L'enfant est allé à la selle, il a uriné un peu au lit; l'abattement est moindre, mais il délire toujours un peu. La température marque 38°,3 le matin; 39°,3 le soir.

L'état reste à peu près le même, la température oscillant entre 38 et 39°; les urines toujours très rares et légèrement albumineuses jusqu'au 20 octobre.

Le 27. Plus d'albumine; la raideur de la nuque de même que la constipation et l'anurie ont disparu (il urine toujours au lit, il a un phimosis congénital), l'enfant cause et prête attention à ce qu'on lui dit. La température 37°,5 le matin, 37°,9 le soir.

Le 30. L'enfant est complètement remis, il joue, urine bien et va à la selle.

Le 31. Demande à manger; la température oscille toujours un peu autour de 37°, mais la guérison est acquise.

Il est une autre catégorie de faits: ceux dans lesquels les accidents méningés ont été provoqués par l'helminthiase ou par la dentition. Bouchut les avait signalés depuis longtemps dans l'étiologie des pseudo-méningites. Les travaux de M. le professeur Bouchard, et ses doctrines sur le rôle des altérations du système nerveux dans la pathogénie des maladies, nous permettent de considérer que ce ne sont pas là des agents provocateurs immédiats. En perturbant l'organisme, ils diminuent sa résistance, lui enlèvent ses moyens de défense contre l'infection. Celle-ci provient le plus souvent de l'appareil digestif. Les troubles gastro-intestinaux sont fréquents au cours de la dentition. On a pu dire que celle-ci, étant un acte physiologique, ne pouvait rentrer dans le cadre de la pathologie;

cela est vrai si on la considère en elle-même, mais non si l'on envisage les complications qui peuvent l'accompagner, et dont elle est le facteur. Les phénomènes méningés ne sont pas rares au cours des gastro-entérites des enfants du premier âge ; ces troubles cèdent souvent à un changement de régime, à l'application de l'antisepsie intestinale ; ces résultats sont une preuve de plus de la relation qui existe entre la lésion intestinale et les troubles méningés. On peut donc admettre ici que parfois l'helminthiase ou la dentition jouent le rôle d'épine chez des sujets prédisposés.

Si la connaissance des infections a éclairé la pathogénie d'un très grand nombre de faits, il en est dont la nature est demeurée obscure ; on les désigne sous le nom de phénomènes réflexes.

C'est à ces cas que nous proposons de conserver la dénomination de méningisme, quand ils se manifestent par des phénomènes méningitiques ; le mot embrasse un certain nombre de faits qui ne peuvent être rapportés à aucune cause directe apparente.

Si du moins cette cause est trouvée, elle sera disproportionnée aux effets produits ; tantôt ce sera un traumatisme, une émotion, la vue d'un malade atteint de méningite.

Le sujet aura toujours des antécédents nerveux, héréditaires ou personnels ; si on le suit plusieurs années après la disparition des symptômes, on verra chez lui des manifestations de névropathie.

Toutes ces considérations permettent d'établir la nature

essentiellement nerveuse du méningisme, que nous considérons comme une manifestation de l'hystérie.

Le jeune malade de Trousseau dont nous avons relaté plus haut l'observation a présenté une particularité fort intéressante, et qui prouve qu'il s'agissait bien chez lui de méningisme. Sorti de l'hôpital le 30 novembre 1894, il y rentrait le 16 janvier 1895 en pleine attaque d'hystérie.

Dans la matinée il avait été pris d'un malaise subit, puis était tombé sans connaissance, avait eu de violentes convulsions. A son entrée à l'hôpital, au début de l'après-midi, les convulsions avaient cessé, mais le malade demeurait abattu, avec délire, hallucinations. Cet état disparut dans la nuit, et le lendemain matin tout phénomène de crise avait disparu. On observait une hémianesthésie gauche, étendue aux membres et à la face, l'abolition des réflexes pharyngé, nasal, conjonctival et auriculaire. Le malade demeurait fatigué, mais ne présentait aucun trouble fonctionnel. Il sortait le 20 janvier, quatre jours après son entrée, complètement rétabli.

Dans ce cas, l'hystérie est indéniable et les phénomènes observés antérieurement peuvent être logiquement rapportés à la même cause.

Nous pouvons en dire autant de l'observation suivante :

OBSERVATION

Paul C..., 23 ans, soldat de 1^{re} classe dans l'infanterie de marine. D'un tempérament très nerveux, il a toujours été violent, irritable; riant et pleurant quand il était enfant. Un soldat; a fait plusieurs campagnes au cours des-

quelles il s'est signalé et a gagné la médaille militaire.

Maladie actuelle. — Entré à l'hôpital St-Louis, service de M. le Dr Richelot, le 22 juin 1896. Un fiacre l'avait bousculé, le brancard avait porté sur le côté gauche du thorax. A la suite de ce traumatisme, évanouissement de dix minutes environ.

A son entrée à l'hôpital, le blessé a repris connaissance, mais a de la peine à causer, accuse une grande lassitude, et répond difficilement aux questions qui lui sont posées; il a l'air distrait comme s'il était occupé par une autre idée que celle de son mal. Le côté gauche du thorax présente une contusion sans fractures de côtes. Ventouses scarifiées. Le lendemain matin 23 juin, nous trouvons le malade étendu sur le dos, les paupières demi-closes, tournant sa tête alternativement à droite et à gauche, et se plaignant, lorsqu'on le tire de sa somnolence, de céphalée intense. La vue de la lumière lui est pénible. Pas de vomissements, constipation, raie méningée. Diminution générale de la sensibilité. Température $37^{\circ},6$; pouls 75, irrégulier. Urines normales.

24 juin. Position en chien de fusil. Vomissements. Température $38^{\circ},2$. Pouls toujours irrégulier. Inégalité pupillaire. Strabisme, les pupilles dirigées en haut sous les paupières qui recouvrent incomplètement le globe oculaire. Grande somnolence dont on a beaucoup de peine à faire sortir le malade. Persistance de la constipation. On fait le diagnostic de méningite. Purgation. Glace sur la tête. Iodure de potassium.

Le 25. Coma. Incontinence d'urine et de matières fécales. Cris hydrencéphaliques. Soupirs et grimaces.

Cet état persista jusqu'au 2 juillet, la température oscillant entre $37^{\circ},8$ et $38^{\circ},5$. Le pouls demeurait irrégulier.

3 juillet. Au matin, le malade se trouve mieux, cause et répond bien aux questions; il garde cependant une grande somnolence et de la céphalée.

Le 5. Il est en convalescence et demande à manger ; la céphalée a disparu avec les autres symptômes. Persistance de la constipation qui est d'ailleurs facilement vaincue par les lavements. Pouls normal ainsi que la température. Le malade quitte l'hôpital parfaitement bien portant le 20 juillet.

Nous avons revu C... au commencement d'octobre dernier, il avait repris son service depuis deux mois et s'en trouvait bien.

Il se plaignait cependant d'avoir de temps en temps des sensations de vertige qui duraient 2 ou 3 heures. Parfois il accomplissait des actes inconscients et avait même été privé temporairement de sa médaille militaire pour s'être absenté de la caserne pendant 48 heures sans permission ; il avait obéi, disait-il, à une impulsion irrésistible, et ne se rappelait pas exactement tout ce qui s'était passé pendant son absence de la caserne ; son état cérébral connu au régiment l'avait dispensé d'une punition plus sévère ; mais, à plusieurs reprises et à son grand désespoir, on avait parlé de réforme.

On ne peut voir là qu'une sorte d'automatisme ambulatoire attestant l'hystérie. Or les phénomènes méningitiques que nous avons observés antérieurement, étaient survenus à la suite d'un traumatisme de la région thoracique, ils ont cessé brusquement après avoir présenté tout le tableau de la méningite tuberculeuse, et nous pouvons les considérer comme une manifestation de l'hystéro-traumatisme.

L'hystérie a été appelée la grande simulatrice, et les observations sont nombreuses de diagnostic mis en défaut. On l'a vue simuler la typhoïde, la tuberculose pulmonaire, la péritonite, la fièvre intermittente, etc. M. Rigal

a signalé le premier un fait démonstratif de pseudo-fièvre typhoïde hystérique. Souques, dans le *Manuel de médecine*, rapporte l'observation suivante de Hanot qui est d'un grand intérêt. Une jeune femme, venant de soigner dans sa famille trois cas de fièvre typhoïde, entre à l'hôpital avec tous les signes de la dothiéntérie : épistaxis, céphalalgie, vertiges ; courbature, etc. Mais l'affection avait eu un début brusque, les urines étaient abondantes et la prostration faisait défaut. En outre, cette femme, qui ne présentait aucun stigmate hystérique actuel, avait eu jadis des attaques de nerfs. S'appuyant sur ces signes discordants, Hanot diagnostiqua l'hystérie et l'événement lui donna raison. Le tableau de la fièvre typhoïde s'était gravé dans le cerveau de cette malade, à son insu ; elle n'avait pas tardé à l'extérioriser. Les antithermiques n'amenèrent aucun résultat ; le bromure de potassium fut plus heureux et amena la guérison.

Le même auteur cite d'autres cas également importants : une observation de Lorentzen d'un malade qui guérit subitement après avoir présenté pendant deux mois des hémoptysies, avec fièvre, dyspnée, point de côté, sans qu'on ait pu jamais trouver de traces de tuberculose.

Putnam-Jacobi, cité également par Souques, a observé une malade qui présentait des symptômes de paramérite avec fièvre, sans que l'examen le plus attentif pût révéler la présence d'aucun foyer morbide, et qui guérit spontanément sous l'influence de la suggestion verbale. Estevès rapporte un cas dans lequel des douleurs articulaires violentes, avec fièvre, qui avaient résisté à l'action du sali

cylate de soude, disparaurent brusquement par suggestion. Si l'hystérie peut en imposer ainsi pour les maladies infectieuses, à plus forte raison pourra-t-elle simuler les maladies nerveuses. Les observations en effet sont en très grand nombre, qu'elle soit le seul facteur du tableau symptomatique, ou bien qu'elle s'associe à un trouble réel pour aggraver ses apparences ou modifier ses manifestations. M. Blaziek, dans la séance du 26 février dernier du club médical de Vienne, présentait un malade chez lequel l'hystérie avait revêtu la forme de la tétanie. Ces cas ne sont pas rares, et le diagnostic est d'autant plus difficile que certains symptômes considérés comme caractéristiques de la tétanie, telle l'augmentation de l'excitabilité des nerfs et des muscles, par exemple, se rencontrent aussi dans l'hystérie. Celle-ci peut faire croire aussi à l'existence d'une sclérose en plaques ; le tremblement qu'on observe chez les hystériques constitue la principale cause d'erreur, ce fait a été bien étudié par Rendu, Pitres, Charcot, Dutil, Bristowe. Si on ajoute à ce symptôme les vertiges, la céphalée, l'embarras de la parole, les ictus apoplectiformes et épileptiformes, on comprendra combien la réunion de tous ces signes peut en imposer. Il est vrai que, d'après Charcot et Marie, l'hystérie et la sclérose en plaques sont deux affections qui coexistent le plus souvent, mais il n'en reste pas moins difficile de donner à chacune la part qui lui revient. La connaissance de cette simulation de la sclérose en plaques par l'hystérie est de date déjà ancienne ; Wesphal le premier, en 1883 (*Archiv. für P. psych.*), rapporte deux observations paradoxales dans les-

quelles les symptômes avaient fait diagnostiquer une maladie organique du système nerveux, et où l'autopsie ne révéla aucune lésion pouvant expliquer les phénomènes observés; l'auteur ajoute : « Il y a une névrose générale que l'on pourrait appeler pseudo-sclérose, et qui, ni par les symptômes, ni par son évolution, ne peut être distinguée de la véritable sclérose en plaques. » Depuis, les cas analogues ont été considérés comme relevant de l'hystérie. On peut dire autant d'un certain nombre d'observations de tabes dorsal spasmodique, de mal de Pott, de paraplégies d'apparence syphilitique, d'atrophies musculaires progressives, type Aran-Duchenne, de syringomyélies, qui ont été reconnues fausses dans leur interprétation, l'hystérie seule étant en jeu. *(A suivre.)*

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'eczéma impétigineux des enfants par la liqueur de Donovan, par le Dr BRETON (de Dijon), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Deux petits garçons, âgés l'un de 6 ans et l'autre de 8, étaient atteints de cette dermatose, le premier depuis cinq ans et le second depuis deux ans. Chez ces deux enfants, l'affection était généralisée sous forme de placards de plus ou moins grande étendue. Divers traitements ayant été mis en œuvre sans résultat, la liqueur de Donovan, administrée à doses progressives de 5 gouttes par jour, amena assez rapidement la guérison, qui ne s'est point démentie depuis plus d'une année.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Mai 1897.

SOMMAIRE :

De la ligature et du pansement du cordon ombilical, par E. PAQUY.....	129
Méningisme et méningites (<i>suite</i>), par le Dr G. POCHON....	139
Formulaire thérapeutique.....	159

DE LA LIGATURE ET DU PANSEMENT DU CORDON OMBILICAL

Par **E. Paquy.**

I. — DE LA LIGATURE DU CORDON OMBILICAL

A. — *Utilité de la ligature.* — Avant de sectionner le cordon, lorsque l'enfant a été expulsé des voies génitales, l'accoucheur place une ligature sur la portion qui restera adhérente à l'ombilic. Cette ligature est une ligature de sûreté. Chez les animaux dont les femelles accouchent debout, le cordon se rompt au niveau de l'ombilic et on n'observe jamais d'hémorrhagie. Chez le nouveau-né, P. Dubois, Zimmermann, Wolfart, Kleinwächter, Hoffmann, ont pu sans inconvénient négliger de lier le cordon. Ioffmann a plongé dans un bain tiède, sans provoquer

d'hémorrhagie, des enfants dont le cordon n'était pas lié.

Personne ne conseille une pareille manière de procéder. Car, si théoriquement la ligature est inutile, on s'expose en ne la faisant pas, à de terribles mécomptes.

La respiration chez l'enfant doit s'établir aussitôt après la sortie des organes génitaux de la mère, elle a pour premier effet de provoquer l'afflux du sang dans les vaisseaux. Le torrent sanguin qui passait par le trou de Botal et le canal artériel se rend maintenant aux poumons par l'artère pulmonaire et ses divisions, et n'a plus aucune tendance à refluer dans la veine ombilicale. Les inspirations successives de l'enfant augmentent cet afflux dans le territoire de l'artère pulmonaire; dès que la respiration s'est établie régulièrement, il ne passe plus rien par la veine ombilicale; bientôt tout le sang contenu dans le placenta fœtal retourne, par les artères ombilicales, dans les vaisseaux du nouveau-né, les battements du cordon deviennent de plus en plus rares, puis cessent complètement.

Les artères ombilicales sectionnées ne permettent pas à l'hémorrhagie de se produire grâce à une disposition anatomique spéciale bien décrite par Ribemont Dessaignes: « Lorsqu'on examine attentivement l'extrémité sectionnée du cordon on voit que, tandis que la section de la veine représente un orifice assez large, la lumière des artères est réduite dans de telles proportions qu'elle n'existe pour ainsi dire qu'à l'état virtuel, et les parois rétractées fortement constituent un cordon rigide de 2 millimètres, e

moyenne, de diamètre extérieur. La force de cette rétraction est très considérable et de beaucoup supérieure, ainsi que nous avons pu nous en assurer expérimentalement, à la tension du sang.

Nous avons, en effet, exécuté plus de vingt expériences instituées de la façon suivante : dans une artère d'un tronçon de cordon ombilical frais, long de 3 à 4 centim., nous faisons pénétrer une fine canule, et nous l'y fixons au moyen d'une ligature suffisamment serrée. Une injection d'eau est poussée à travers cette canule, sous une pression dont un manomètre à mercure donne la mesure exacte. Il faut dans ces conditions, une pression de 12, 13, 14, 16 centimètres et même davantage pour vaincre la résistance artérielle. Or la tension moyenne du sang artériel d'un nouveau-né auquel on a pratiqué la ligature tardive est de 63 millimètres. »

Le sang cesse de passer dans le cordon parce que la respiration s'établit; c'est là un point capital. L'hémorrhagien'est pas à redouter chez un nouveau-né dont la respiration s'effectue normalement; il en sera tout autrement si la respiration ne s'établit pas ou se fait irrégulièrement par suite d'un maillot trop serré par exemple.

Le sang ne sera plus attiré vers les poumons par l'aspiration thoracique, il continuera à circuler dans les vaisseaux du cordon. Résultat : hémorrhagie et hémorrhagie qui peut être mortelle. Il serait donc fort imprudent dans la pratique de ne pas avoir toujours recours à la ligature du cordon ombilical, on s'exposerait à de graves mécomptes.

B. — *Quand et comment doit-on procéder à la ligature du cordon ombilical ?* — Pendant longtemps on n'a pratiqué la ligature et la section du cordon qu'après expulsion du placenta. Mauriceau et Clément recommandaient ce procédé qui avait pour principal inconvénient de forcer l'accoucheur à faire une délivrance hâtive, sous peine d'exposer l'enfant au refroidissement. Actuellement on fait la ligature avant la délivrance.

Doit-on la faire immédiatement après la naissance, ou attendre un certain temps ? Les uns pensent qu'il y a inconvénient à laisser trop de sang dans les vaisseaux de l'enfant, ils conseillent la ligature immédiate. Opinion défendue par Capuron, Cazeaux, Joulin, Verrier, Pinard. Levret pensait qu'en exprimant le sang contenu dans le bout fœtal du cordon, on empêchait le nouveau-né d'avoir ultérieurement de l'ictère. L. Senn (de Genève) a conseillé en 1875 de faire refluer dans le placenta par expression du cordon, le sang contenu dans les vaisseaux funiculaires. D'autres avec Antoine Petit, Stoltz, ne veulent pas qu'on fasse la ligature avant que l'enfant ait crié et respiré ; Denman, Alfr. Leroy, Nægele, Jacquemier, tant qu'il y a des pulsations du cordon.

En 1876, Budin, sous l'inspiration de Tarnier, fit une série d'expériences qui démontrent les inconvénients de la ligature immédiate. Si on jette un fil sur le cordon aussitôt après la naissance et si on sectionne entre la ligature et le placenta, il s'écoule par le bout placentaire une quantité de sang qui peut être évaluée à 100 grammes en moyenne.

Si au contraire, on attend, avant de placer le fil, que les battements aient complètement cessé dans la tige funiculaire il ne s'écoule plus de la masse placentaire que 10 grammes de sang. En faisant la ligature immédiate, on prive donc le nouveau-né de 90 grammes de sang, ce qui, pour un homme du poids moyen de 65 à 70 kilogrammes, correspondrait à 1700 grammes environ. Cette perte est considérable.

Budin recommande de se garder de faire la ligature immédiate et conseille d'attendre une ou deux minutes après la cessation complète des battements vasculaires.

Hélot (de Rouen), en pesant le nouveau-né, avant la ligature, immédiatement après la naissance, puis après la cessation des battements a toujours observé à ce moment une augmentation de poids, augmentation qui varie de 40 à 100 grammes.

Schüking a trouvé une moyenne de 62 grammes. Ces différences s'expliquent par ce fait qu'entre la naissance et le moment où on fait la pesée, il s'écoule toujours un laps de temps pendant lequel une certaine quantité de sang a passé dans le torrent circulatoire. Si on tient compte de cette cause d'erreur, on voit que les chiffres de Schüking et Hélot concordent avec ceux de Budin. Hélot a de plus démontré que la ligature tardive augmente la richesse glomérulaire du sang du nouveau-né.

Actuellement on est d'accord pour pratiquer ce qu'on pourrait appeler la ligature retardée, en opposition avec la ligature immédiate et la ligature tardive. Les avis ne dif-

fèrent que sur un point : Les uns avec Budin, ne la font que quelques minutes après la cessation des battements, les autres, avec Porak, aussitôt après cette cessation. C'est là un point qui dans la pratique ne semble pas avoir une bien grande importance.

MANUEL OPÉRATOIRE. — Pendant la dernière période du travail, l'accoucheur aura auprès de lui ce qu'il lui faut pour procéder à la ligature. Du fil, des ciseaux, une pince hémostatique. Les objets seront ou stérilisés par la chaleur et enfermés dans la boîte dans laquelle ils ont été portés à la température convenable, enveloppés dans une compresse aseptique; ou simplement immergés dans une solution antiseptique de biiodure à 1 p. 4000. Le premier procédé est le procédé de choix, malheureusement il n'est guère applicable dans les Maternités; en ville, on devra se contenter de la stérilisation par un liquide antiseptique, se garder d'employer l'acide phénique que le nouveau-né supporte très mal.

Le fil dont on se sert habituellement est un cordonnet de soie plate suffisamment résistant, il doit avoir de 30 à 35 centimètres de longueur ainsi que le conseille Depaul. Certains accoucheurs emploient du fil de caoutchouc, qui opère une constriction plus solide des vaisseaux du cordon. Dans ce cas, il est bon d'user de ce caoutchouc rond, revêtu de soie, qu'on trouve dans le commerce. Grâce à son revêtement de soie, il a l'avantage de ne pas glisser et son application est très facile. On a aujourd'hui complètement renoncé, et avec raison, à l'habitude de cirer les f.

Cette méthode est incompatible avec les procédés antiseptiques.

« Pour placer la ligature, dit Depaul, voici comment on s'y prend en général. La partie moyenne du fil est placée sous le cordon, les deux bouts sont ramenés en haut; l'un d'eux est passé deux fois à l'entour de l'autre, et on serre de manière à écraser la gélatine et à oblitérer les parois des vaisseaux. On pourrait faire un autre nœud et s'en tenir là; mais il est préférable d'entourer encore le cordon, de serrer de nouveau, et de terminer par deux nœuds l'un sur l'autre. La compression doit être telle que le fil se perde dans un sillon profond, au fond duquel n'existent, pour ainsi dire, que les membranes et les parois vasculaires. » On place généralement cette ligature à 2 ou 3 centim. de l'insertion ombilicale. Depaul conseille de ne laisser qu'un centimètre de cordon, au maximum. On sectionne ensuite avec des ciseaux entre la ligature et le placenta.

Depaul plaçait une seconde ligature sur le bout placentaire avant de couper le cordon pour éviter l'écoulement d'une certaine quantité de sang qui souillerait le lit de l'accouchée et faciliter l'expulsion du placenta: Le sang retenu augmente son volume, d'où décollement et expulsion plus faciles. Les expériences de Tarnier et de Budin prouvent au contraire qu'en procédant ainsi la délivrance est plus lente et plus laborieuse. Pour éviter que le sang du bout placentaire ne se répande dans le lit, il suffit de comprimer le cordon avec les doigts jusqu'à ce qu'on puisse le laisser saigner dans le bassin qui est g ssé sous la femme.

La double ligature est obligatoire dans les cas d'accouchements gémellaires: il peut y avoir communication placentaire et le sang du second fœtus s'écoulerait par le cordon du premier, si on négligeait cette précaution, ce qui pourrait coûter la vie au second enfant.

Nous avons vu que Depaul recommande de serrer le fil de façon à écraser la gélatine de Wharton, jusqu'à ce qu'il ne reste plus au fond du sillon que les vaisseaux et les membranes. En cas de cordon gras, cette gélatine est si abondante qu'il est très difficile de l'écraser: il en reste toujours une certaine quantité au niveau de la ligature. La compression la fait filer au delà du nœud qui ne sert plus suffisamment, d'où possibilité d'une hémorrhagie ultérieure. Aussi Tarnier conseille-t-il le procédé dit de l'allumette: « Au point où l'on veut faire une ligature, on applique sur le cordon et parallèlement à sa longueur le bois d'une allumette. On comprend alors dans la ligature le cordon et l'allumette. Cette dernière maintient le cordon rigide et, de plus, sa surface n'étant point glissante, le fil élastique reste fixé sur elle et n'a aucune tendance à s'échapper. Lorsque le nœud a été fait, on prend entre le pouce et l'index les deux bouts d'allumette; en exerçant une pression sur le centre avec les deux pouces, on la brise en son milieu; il suffit alors de tirer doucement pour dégager chacun des deux morceaux de bois de dessous le caoutchouc et la ligature élastique est définitivement fixée sur le cordon. » Pinard n'emploie pas ce procédé: Après avoir fait une première ligature à quatre travers de doigt

de l'ombilic, il sectionne le cordon puis le plie sur lui-même, et place une seconde ligature sur ces deux portions de cordon adossées comme des canons de fusil.

Lorsqu'il est nécessaire de couper rapidement le cordon, en cas de mort apparente de l'enfant, par exemple, alors que les soins à donner au nouveau-né exigent qu'il soit séparé le plus vite possible de la mère, on peut, au lieu de faire la ligature, placer une pièce hémostatique sur le cordon et faire plus tard la ligature définitive.

Lorsque la femme accouche debout, le cordon peut être arraché au niveau de l'ombilic. Ribemont dit que dans la majorité des cas, il suffit alors de faire un pansement compressif et que le sang s'arrête. S'il est possible, il est préférable de faire une suture avec les lambeaux de cordon et de peau qui restent.

II. — DU PANSEMENT DU CORDON OMBILICAL

Le pansement du cordon ombilical a une importance de premier ordre, car fait avec soin, il met le nouveau-né à l'abri d'accidents qui peuvent revêtir une certaine gravité.

Avant l'ère antiseptique voici comment on opérait : « On prend, dit Depaul, une petite compresse carrée, d'environ 10 centimètres en linge souple et fin, on fait au centre, d'un coup de ciseau, une ouverture circulaire, assez étendue pour laisser passer librement le cordon. On tend sur l'une des faces une petite couche de cérat, de

beurre, d'huile ou d'un autre corps gras, pourvu qu'il soit frais. On fait passer le cordon par le trou, en ayant soin que la face non graissée corresponde à la peau du ventre, on replie une première fois la compresse, puis une seconde de manière à ce qu'elle représente quatre doubles ; on incline un peu le tout vers le côté gauche et on maintient avec une bande en laine ou en toile fine qui doit avoir environ trois travers de doigt de large et qui doit être assez longue pour faire deux ou trois fois le tour du ventre. » (Depaul, *Dict. des sc. méd.*, art. Nouveau-né.)

Ce pansement présente deux inconvénients :

1° Il n'est pas antiseptique et par conséquent expose le nouveau-né à des accidents septiques.

2° Il maintient le cordon dans un milieu humide, où nous verrons tout à l'heure que c'est là une mauvaise condition pour la production des phénomènes qui doivent favoriser sa chute.

Pinard a protesté le premier contre cette manière de procéder et avant 1886, il employait dans sa clientèle un pansement fait avec de l'ouate sèche. En 1886, il appliqua ce pansement à l'hôpital Lariboisière et en ville chez ses sages-femmes. En 1887, il l'introduisit à la Clinique d'accouchements où il est conservé.

Voici en quoi consiste ce pansement qui est seul employé actuellement dans les Maternités de Paris : On prend un morceau de ouate de la largeur et de l'épaisseur de la paume de la main, on le perfore en son centre avec le doigt ; le cordon est introduit par cet orifice et l'ouate es-

ensuite repliée sur le cordon. On peut mettre une bande pour maintenir le pansement qui du reste tient sans cela.

On changera ce pansement chaque fois qu'il sera souillé. On peut employer soit du coton boriqué, soit du coton simplement stérilisé. D'après Pinard, ce serait l'ouate au biiodure ou au sublimé qui donnerait les meilleurs résultats.

Ce pansement remplit parfaitement les trois indications capitales d'un bon pansement antiseptique : il est antiseptique, hâte la momification du cordon, comme nous le verrons tout à l'heure, et se prête aux soins d'hygiène nécessaires à l'enfant. C'est ce pansement qui doit être employé à l'exclusion de tout autre. (A suivre.)

MÉNINGISME ET MÉNINGITES (1)

Par le Dr **G. Pochon**,

Ancien interne des hôpitaux.

L'hystérie qui simule tant de maladies nerveuses peut aussi présenter l'aspect de la méningite ; Bardol, dans sa thèse (*Hystérie simulatrice des maladies de l'encéphale chez l'enfant*), cite une série d'observations concluantes. L'hystérie, par ses manifestations variées, simule en effet tous les symptômes des maladies nerveuses. Elle présente des troubles moteurs qui se manifestent par des paralysies,

(1) Voir nos de janvier, p. 12, de février, p. 46, de mars, p. 92, et d'avril 1897, 106.

des convulsions, de l'incoordination des mouvements, du tremblement; des troubles sensitifs tels que douleurs, névralgies, anesthésies, hyperesthésie, fourmillements, perte du sens musculaire. On observe également des troubles trophiques et vaso-moteurs, comme vésicules d'herpès, bulles, zona, érythèmes, troubles de calorification, amyotrophies, quelquefois même réaction de dégénérescence. Puis ce sont des phénomènes digestifs, respiratoires, génito-urinaires; M. Moutard-Martin a signalé une pseudo-matité hystérique occupant divers points du thorax, dont le caractère est sa grande mobilité, et qui serait due à des contractures partielles des muscles de la cage thoracique. On a signalé des paralysies hystériques des sphincters rectal et vésical provoquant des incontinences. Nous avons connu un paysan qui ne pouvait se mettre en colère sans devenir aphasique; sa femme le savait si bien qu'elle s'étudiait à l'exaspérer davantage dès qu'elle le voyait de mauvaise humeur. La fièvre hystérique est aujourd'hui un fait reconnu. Affirmée par Briquet, Gagey, Briand, niée par Bouchut, elle est admise depuis les observations de Debove, Barié, Deleuil, Chauveau, Fabre.

Au milieu de tous ces symptômes nous pouvons retrouver ceux de la méningite: la céphalée, le vomissement, la constipation sont fréquents chez les hystériques; la fièvre hystérique existe, les troubles vaso-moteurs ne sont pas rares et peuvent produire la raie méningée qui n'est d'ailleurs que de médiocre importance puisqu'elle existe dans un certain nombre d'autres maladies. Nous avons

vu qu'on observe également les contractures, les paralysies; Nonne et Beseline (*Vereins Hospital zu Hamburg*, 1896) citent plusieurs cas de contractures et paralysies oculaires chez les hystériques, qui ont guéri spontanément ou par suggestion.

Si la méningite tuberculeuse est essentiellement variable dans ses manifestations, on peut en dire autant de l'hystérie; tel hystérique qui aura présenté à un certain moment un de ces ensembles symptomatiques simulant une maladie pourra n'avoir aucun stigmate apparent. L'anesthésie par exemple peut manquer dans l'hystérie, même quand il existe des paralysies, surtout chez les enfants, ainsi que l'ont établi Riegel, Huchard, etc... On ne pourra donc pas conclure de l'absence de stigmates qu'il y a méningite vraie, et non méningisme.

Nous sommes donc en droit de faire rentrer dans le domaine de l'hystérie ces ensembles symptomatiques simulateurs de la méningite tuberculeuse *quand aucune autre cause ne pourra être incriminée, surtout s'il s'agit d'un sujet manifestement nerveux ou névropathe*. L'hystérie existe en effet chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte; ses manifestations sont ordinairement moins bruyantes. Isnard (th. de Montpellier, 1896) considère comme indices de l'hystérie chez les jeunes sujets certains phénomènes émotifs tels que colères, pamoisons sans cause, grandes attaques convulsives, paralysies ou contractures localisées. Souvent un seul symptôme existe, c'est une tendance aux éclats de rire désordonnés, des vomissements spontanés; une faci-

lité de larmes exagérée. Si on observe ces sujets, plus tard, on trouve chez eux des manifestations évidentes d'hystérie.

Il ne s'ensuit pas que le méningisme doive reproduire exactement le tableau de la méningite tuberculeuse, de même que l'accès de pseudo-épilepsie hystérique diffère ordinairement de l'accès d'épilepsie vraie. Il existe souvent des particularités dans l'ensemble ou dans un symptôme isolé, et ce fait peut parfois aider, jusqu'à un certain point, à établir le diagnostic entre la méningite tuberculeuse et le méningisme.

Entre les méningites infectieuses et le méningisme, il y a place pour une certaine catégorie de faits qui présentent la même allure clinique et dont la nature a été diversement interprétée. Nous voulons parler des accidents d'apparence méningitique qu'on observe au cours des auto-intoxications.

Combien il est fréquent d'observer chez les enfants des accidents nerveux au cours des troubles gastro-intestinaux. A côté de la méningite vraie, provoquée par le bacille d'Eberth ou par le coli commune, on est forcé d'admettre cliniquement des troubles d'origine toxique, qui ne sont pas de la méningite.

Les affections gastro-intestinales provoquent chez les enfants les troubles nerveux les plus variés, tels que céphalée, délire, sensibilité douloureuse des os, irritabilité nerveuse permanente, anorexie, spasme de la glotte, convulsions, asthme, etc... Il n'est pas rare d'observer encore d'autres symptômes ; Litten a décrit un coma dis-

peptique. Ponticaccia, de Venise, a observé, au cours de troubles gastro-intestinaux, chez une fillette de six ans, des accès de prostration avec irrégularité cardiaque ; ces crises étaient fréquentes, et duraient plusieurs heures, parfois une journée entière. Pendant l'accès, l'enfant était abattue, le rythme cardiaque était altéré au point de simuler un affolement du cœur, et cependant on n'entendait aucun bruit de cardiopathie. Un traitement dirigé contre l'affection intestinale fit disparaître les accès dont l'enfant souffrait depuis deux ans.

Le même auteur a rencontré chez trois enfants de cinq à sept ans, un tremblement des doigts qui s'exagérait quand les malades tenaient le bras étendu. Il s'agissait de secousses légères, brèves et uniformes imprimant aux doigts des oscillations vibratoires rapides. Dans un cas, il existait en outre une insomnie persistante. Ces trois enfants furent délivrés de leur tremblement grâce à un traitement dirigé contre les phénomènes dyspeptiques.

La dyspepsie peut provoquer aussi chez les petits enfants un état de mort apparente susceptible de dérouter le praticien. M. Ponticaccia a observé un cas frappant de ce genre. Il s'agissait d'un enfant de deux mois nourri au biberon et atteint de diarrhée, qui tomba tout à coup dans un état des plus alarmants : le pouls était imperceptible, les mouvements respiratoires ne se répétaient qu'à de longs intervalles, tous les muscles étaient dans un relâchement complet et la peau affectait une pâleur cireuse. Ces symptômes se dissipèrent peu à peu. Toute alimentation

artificielle fut immédiatement supprimée et l'enfant remis au sein de la mère. Pendant les jours suivants il se produisit encore trois crises, mais de plus en plus faibles, et l'enfant guérit.

Nous avons observé récemment une petite fille de treize mois, qui, au cours de troubles gastro-intestinaux graves, diarrhée verte, vomissements continuels, présentait tous les signes de la méningite : inégalité pupillaire, strabisme, cris hydrencéphaliques, soupirs, etc... Nous trouvâmes l'enfant dans le coma, et son état nous parut si grave que nous n'espérions pas d'amélioration. Les parents s'étaient obstinés à alimenter l'enfant le plus possible et lui faisaient prendre non seulement du lait, mais de la farine lactée. Sous l'influence d'une diète hydrique sévère, de grands lavages boriqués de l'intestin, et de l'administration à l'intérieur de calomel et de benzo-naphtol, il se produisit rapidement un mieux sensible ; les phénomènes méningés disparurent progressivement, en même temps que les selles devinrent meilleures et que les vomissements cessèrent. En quelques jours l'enfant fut hors de danger.

Les faits de ce genre ne sont pas rares. Il est difficile dans ces cas d'admettre l'existence d'une méningite : la relation entre les troubles gastro-intestinaux et les symptômes nerveux s'explique ici par l'intoxication. Mais son action n'atteint pas les méninges ; ici c'est l'encéphale qui est malade.

M. Hutinel admet avec Belfanti, Boulay, que les toxines, étant des agents très actifs de vaso-dilatation, agissent sur les vaisseaux de l'encéphale.

Les intoxications provoquent des troubles très divers, qui intéressent non seulement l'encéphale, mais la moelle et le système nerveux périphérique. Von Wagner, dans la séance de la Société des médecins de Vienne du 15 février 1896, a établi de nouveau l'origine toxique des diverses formes de polynévrite. Les psychoses consécutives aux maladies infectieuses peuvent être considérées comme d'origine toxibactérienne. Von Wagner a trouvé dans un grand nombre de cas une augmentation de l'indican dans les urines.

L'influence des toxines, et principalement des toxines d'origine intestinale sur la production des troubles nerveux, méningés ou autres, est donc établie. Mais quel rang donner à cette catégorie de faits dans le classement des désordres encéphaliques? Il ne s'agit pas de méningite, les enveloppes du cerveau ne sont pas altérées, c'est l'écorce cérébrale qui est malade. Faut-il donner à ces faits le nom de méningisme? C'est l'opinion de Dupré; pour lui le terme s'applique, d'une façon générale, à la souffrance aussi bien de l'écorce que des méninges, qu'il s'agisse d'une altération réelle, anémie, congestion, œdème, ou bien d'un désordre d'origine réflexe.

Cette diversité d'interprétation indique le peu de précision du mot.

Nous réunissons cependant, à titre provisoire, et faute d'éléments de division suffisamment précis, les troubles toxiques et réflexes sous la même dénomination. D'ailleurs, comme il n'y a pas d'effet sans cause, nous pou-

vons admettre que, le plus souvent, le point de départ de ces réflexes est une infection méconnue qui peut être une simple amygdalite, une altération légère du tube digestif...

Le terrain constitue le facteur principal ; chez les hystériques il est en effet fréquent de voir les intoxications provoquer les phénomènes de l'hystérie.

Tous les sujets dont nous possédons les observations étaient névropathes ou malades antérieurement, aptes, par conséquent, à présenter les phénomènes que nous avons étudiés, en vertu de ce principe énoncé par M. le professeur Bouchard dans ses *Leçons sur les auto-intoxications* : « les réactions nerveuses empruntent presque toujours le concours d'un autre processus pathogénique. Toute excitation nerveuse, le froid, le choc moral ou traumatique, peut produire la syncope, l'épistaxis, la diarrhée, la polyurie ; ce ne sont pas là des maladies. La maladie réelle, quand elle est provoquée par la réaction nerveuse, suppose, — sauf les cas où l'intensité de la simulation est excessive, et ceux où le système nerveux est anormalement excitable, — suppose, dis-je, une détérioration préalable de l'organisme.

Diagnostic. — Pronostic.

Les méninges réagissant toujours d'une façon identique quels que soient l'origine et le degré de leur excitation, ce fait explique la difficulté, parfois l'impossibilité

de faire un classement précis, de distinguer les méningites les unes des autres et de séparer celles-ci du méningisme.

Avant la connaissance de ces faits qui surprenaient les observateurs, le diagnostic était le plus souvent impossible, et l'évolution seule faisait penser à l'absence d'une manifestation tuberculeuse. Ceux du moins qui niaient la possibilité de guérison de la méningite tuberculeuse pensaient ainsi; les autres croyaient à une issue heureuse, et il est certain que, parmi les nombreux cas cités de guérison de la méningite tuberculeuse, il en existe un grand nombre qui n'étaient pas des manifestations bacillaires.

Le premier problème qui se pose en face d'un malade présentant le cortège symptomatique de l'excitation méningée, est de savoir s'il s'agit d'une méningite tuberculeuse.

Nous n'avons aucun élément précis.

L'âge du malade n'a pas de valeur s'il s'agit d'un enfant; peu s'il s'agit d'un adulte.

Le terrain du sujet peut être pris en considération; un enfant de souche tuberculeuse, un malade atteint déjà d'une autre manifestation bacillaire sera justement suspect. Et cependant, si nous passons en revue les observations publiées et les nôtres, nous sommes frappé de trouver dans un très grand nombre de cas des antécédents tuberculeux, héréditaires ou collatéraux; il semble que, chez ces sujets, les méninges présentent une sensibilité spéciale qui les rend plus aptes à réagir sous l'influence de la moindre cause.

De ce côté donc, les renseignements seront insuffisants. Devra-t-on s'attacher à rechercher la marche de la maladie, les particularités de ses manifestations? Rien n'est plus inconstant. Les auteurs ne s'entendent pas sur la division des périodes; Robert Whytt, Guersant, Trousseau, Roger, Jaccoud, Archambault, d'Espine et Picot, Laveran, Comby, etc., décrivent trois périodes; Fothergill en décrit deux seulement. Tandis que Robert Whytt, Guersant, Trousseau, font de la période prodromique la première période, Roger, Jaccoud et Archambault, laissant de côté ces prodromes, décrivent cependant trois périodes. Fothergill supprime les prodromes, et admet le début toujours brusque; sa première période répond à la seconde des autres auteurs. De plus, les opinions diffèrent sur les symptômes qui doivent rentrer dans chaque période.

Tous les signes peuvent présenter des anomalies, aussi bien dans leurs caractères propres que dans leur groupement; la thèse de Chantemesse renferme de nombreuses observations d'anomalies chez l'adulte; chez l'enfant il s'en faut également que la marche soit identique dans tous les cas. De plus, il n'existe pas un signe pathognomonique, le démontrer serait faire le diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse.

Bouchut a montré l'utilité de l'examen ophtalmoscopique. Mais l'absence de lésions oculaires ne peut infirmer le diagnostic. Elles manquent souvent, et des lésions rétiennes analogues peuvent se rencontrer dans d'autres états morbides.

Peut-on conclure de la guérison qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculose des méninges ? La question est toujours en suspens. Ici encore les auteurs diffèrent : Fothergill, Robert Whytt, Green, Becquerel, Boerhaave, Camper disent qu'elle est au-dessus des ressources de l'art ; Ghérard et Piet n'ont pas vu guérir un seul malade. Monneret dit dans sa Pathologie interne (1864) : « Si le diagnostic a été rigoureux, s'il existe des tubercules, la mort est constante. » Les auteurs du Compendium la déclarent incurable. Rilliet et Barthez prétendent n'avoir pas trouvé d'exemple de guérison depuis la connaissance plus approfondie de la maladie. Pour Jaccoud, s'il se produit une amélioration, « c'est un répit plus ou moins prolongé plutôt qu'une guérison véritable ». W. Hammond, Meigs et Pepper n'ont pas vu un cas de guérison ; enfin la plupart de nos auteurs modernes s'accordent à nier la guérison de la méningite tuberculeuse.

D'autres, au contraire, sont moins pessimistes ; Guersant cite quelques cas très rares de guérison ; Odier, Parent et Martinet, Dugès, Senn affirment qu'ils ont vu guérir des malades ; Niemeyer reconnaît la rareté du fait mais l'accepte ; Grisolles l'admet avec hésitation, « mais, dit-il, une récurrence est toujours à craindre ». Behier et Hardy (1864) reconnaissent que « si la méningite tuberculeuse se termine très fréquemment par la mort, elle n'est cependant pas essentiellement et constamment mortelle ». Mais, pour eux, on trouve ensuite, dans les cas de guérison, des troubles de l'intelligence et de la mémoire ; des para-

lysies plus ou moins complètes. Trousseau, Cadet de Gassicourt citent des cas analogues.

L'observation suivante, qui nous a été gracieusement transmise par M. le docteur Barthe, nous a été donnée comme fait de guérison d'une méningite tuberculeuse; nous la reproduisons en entier ici :

« Père vivant, bien portant. Aucun renseignement sur les antécédents du père; sa sœur est morte tuberculeuse; elle a eu un frère mort tuberculeux un an après sa sœur aînée.

Antécédents collatéraux. — Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Jusqu'en 1890, l'enfant n'avait jamais présenté aucune affection à noter.

Un soir, on m'envoie chercher et on me raconte que l'enfant s'était échappé 2 ou 3 jours avant et qu'il était rentré nu-tête, depuis ce moment, il se plaignait; avait-il reçu quelques coups? Les parents disaient oui, mais moi qui lui connaissais une tante et un oncle morts tuberculeux, j'avais déjà quelque méfiance.

Il se développa par la suite la méningite tuberculeuse qui m'a paru la plus classique possible.

La période prodromique paraît écoulée, et l'enfant entre assez rapidement dans la période d'état. Nous sommes dans un milieu où il me paraît difficile d'admettre qu'on ait laissé échapper les prodromes, les parents sont très soigneux de leurs enfants. Je trouve dès le lendemain l'enfant avec une céphalée très violente, une température *peu élevée*, néanmoins plus élevée que la normale, un pouls irrégulier, des vomissements, une constipation opiniâtre, qui résista longtemps à bien des médicaments, mais dont je devins maître néanmoins. En 2 ou 3 jours, nous fûmes en plein état aig.

peu de convulsions, mais coma, taches méningitiques, cris hydrencéphaliques, photophobie absolue ; plus tard, amaigrissement, ventre en bateau, paraissant malgré son coma souffrir violemment de la tête, mais surtout grand abattement et *pas de délire aigu, violent comme les méningites traumatiques* en donnent. Donc, malgré le début, peut-être un peu rapide, l'évolution pendant les 10 ou 12 premiers jours, les antécédents héréditaires, le pouls, la température, m'autorisèrent à porter définitivement le diagnostic de méningite tuberculeuse et un pronostic fatal.

Traitement. — Calomel à dose fractionnée, révulsif aux membres inférieurs, mouches à la nuque, pommade à l'iodoforme sur le crâne, glace sur la tête, purgations systématiquement données. Tout cela dura une quinzaine et suivit une marche très régulièrement progressive. Je me rappelle un pouls irrégulier.

Vers le 15^e jour, la maladie, sans décroître, paraissait moins aiguë, l'enfant toujours dans le coma, se plaignait moins, gardait un peu de lait, était toujours constipé. Jusqu'à et tout le temps, je suis resté seul à soigner l'enfant. Néanmoins à ce moment, devant la rémission, on me demanda à autoriser la mère à conduire l'enfant chez Ollivier (agréé et médecin à l'Enfant-Jésus), ce que j'approuvai naturellement.

Je n'assistai pas à la consultation chez le professeur, mais il m'envoya un mot approuvant tout ce que j'avais fait et *confirmant le diagnostic*, et malheureusement le pronostic, malgré la tournure lente que prenait la maladie ; et les larmes de la mère me prouvèrent que Ollivier n'avait pas été verbalement plus rassurant que par écrit.

Voilà donc le diagnostic confirmé par un agréé, médecin d'enfants.

Le traitement à partir de ce moment fut le même. Nous

ajoutâmes, sur le conseil de Ollivier, de l'iodure de potassium.

L'enfant alors entra dans une période subaiguë. Les douleurs de tête toujours très violentes. La photophobie persistant, une allure absorbée et hostile, qui n'était plus du coma, et qui ne s'apaisait qu'avec la mère; difficulté de supporter sa tête; état de faiblesse extrême.

Combien de temps dura cette période, je ne sais exactement, elle me paraît avoir été assez longue.

Il arriva à ce moment, avec un allongement énorme de l'enfant, des troubles trophiques des doigts surtout et même un peu des poignets (peut-être dus à l'iodisme), car je me rappelle que l'enfant prit pendant assez longtemps de l'iodure de potassium à une dose assez forte pour son âge. Ces troubles trophiques peuvent assez se comparer à des engelures ulcérées.

Enfin l'enfant, qui avait énormément grandi, fut levé, mais parésié, presque paralysé, du train postérieur, qui ne pouvait nullement le porter. Alors cesse l'iodure, on continue les applications de vaseline iodoformée sur le crâne et j'envoie l'enfant à la campagne avec toniques, frictions, grand air, léger massage, bains sulfureux.

L'enfant à la campagne se traînait en rampant.

Enfin de lui-même seul il s'est rétabli et rentra à Paris quelque temps après, guéri, engraisé et n'ayant plus de parésie.

Les doigts avaient complètement desquamé, les lésions étaient cicatrisées sans trace; l'enfant bien portant.

Depuis et il y a 5 ou 6 ans, j'ai très attentivement suivi l'enfant et rien ne m'a échappé. Les deux premières années, il y a eu à différentes époques des céphalées violentes, accompagnées de photophobie, vomissements, constipation, les accidents aigus duraient 2 ou 3 jours, puis sur la reprise de

vaseline iodoformée, de purgations, de repos, tout rentrait dans l'ordre, l'enfant restait ombrageux. Bien entendu, pas d'école. Vie au grand air, hygiène alimentaire et surveillance des selles très attentives; elles sont toujours restées paresseuses.

Puis les accidents en question ont été de plus en plus rares, l'enfant est devenu plus sociable, plus gai, a pu aller à l'école où il se montre bien, trop appliqué, peut-être, malgré mes recommandations. Il a fortement grandi et s'est bien développé et de jour en jour me donnait, et à ses parents, moins d'inquiétude.

Je crois donc pouvoir conclure au bien fondé de mon diagnostic, confirmé par Ollivier (mort aujourd'hui), laissant toute idée de méningite traumatique, et la guérison est bien certaine jusqu'à aujourd'hui. »

Nous ne possédons par conséquent aucun critérium; le diagnostic post mortem lui-même n'est pas toujours possible. On a cité des cas de tuberculeux morts au milieu de phénomènes de méningite, et à l'autopsie desquels on ne trouva pas de granulations sur les méninges; aussi Behier et Hardy proposent-ils d'appeler la méningite tuberculeuse « méningite des tuberculeux ». M. Ch. Ettlinger a décrit une infiltration tuberculeuse diffuse généralisée à tout l'axe médullaire dans trois cas de méningite tuberculeuse ne présentant aucune lésion visible à l'œil nu (Société de biologie, 11 janvier 1896).

Cependant, en raison de l'extrême rareté, pour ne pas dire de l'absence, de la guérison de la méningite tuberculeuse, la terminaison favorable des accidents demeure élément de diagnostic le plus important.

Il existe cependant certains caractères qui peuvent contribuer à éclaircir l'interprétation des symptômes. En présence du tableau de la méningite, on commencera par rechercher s'il n'existe pas, en dehors de la tuberculose, d'infection générale ou locale qui puisse être le point de départ des accidents. S'il existe en même temps une épidémie, l'attention sera attirée de ce côté; nous avons des observations de plusieurs cas de méningite grippale qui ont été ainsi diagnostiqués.

L'ordre d'apparition des symptômes peut avoir une grande importance; ainsi, la constipation, qui est un des caractères de la méningite, peut être cause des phénomènes nerveux; si elle apparaît la première, d'abord isolée, il y aura lieu de se demander si elle n'est pas en jeu dans la provocation des accidents; dans ces cas, du reste, la guérison suit de près la débâcle.

On recherchera attentivement les causes déterminantes, on observera l'entourage du malade; ainsi, Behier et Hardy citent un exemple frappant. Après une course prolongée au soleil, un enfant présenta des accidents nerveux graves qui eussent été profondément inquiétants sans la constatation de phénomènes semblables chez deux frères de la jeune malade. Les mêmes auteurs rapportent le fait d'un enfant qui mourut au milieu de troubles méningés après avoir présenté une éruption de nature mal définie. Une rougeole qui se déclara quelques jours après chez sa sœur permit d'expliquer la nature de l'affection. Notre ancien collègue et ami Sabouraud nous a cité le cas ég.

lement intéressant de trois enfants d'une même famille qui présentèrent en même temps des symptômes de méningite et guérèrent tous trois. Il s'est agi évidemment là d'une manifestation épidémique, grippale probablement, qui a affecté une même allure chez des sujets de même constitution.

Les suppurations crâniennes doivent toujours être recherchées avec soin ; on examinera attentivement les oreilles et les sinus. Les cavités crâniennes sont pour les méninges et le cerveau une menace permanente ; en présence d'une otite aiguë, s'il apparaît des symptômes méningés, la cause en sera facile à trouver. Ainsi que le dit M. Luc, ce sont les formes aiguës qui se compliquent d'accidents méningés ; les formes chroniques provoquent plutôt les cérébraux ; c'est ce qui faisait dire à Trousseau : « Les suppurations chroniques du crâne préfèrent le cerveau aux méninges. » La méningite à pneumocoques est d'un diagnostic difficile si elle survient d'emblée. Quand la pneumonie se déclare ensuite, sa présence permet d'expliquer les accidents ; à plus forte raison quand elle a précédé la méningite. Bozzolo (de Turin) prétend que les troubles méningés dus au pneumocoque sont réduits au minimum ; tandis que, dans la méningite tuberculeuse, les symptômes dépassent absolument la gravité des lésions anatomiques, dans la méningite pneumococcique ils seraient à peine en rapport avec ces mêmes lésions. Ce fait s'expliquerait par la différence d'action des virus, celui de la pneumococcie ayant une action déprimante, en opposition avec l'action irritante des autres virus.

Le diagnostic doit être complété par l'examen bactériologique du sang.

La méningite grippale présente certaines particularités qui peuvent la faire reconnaître. Nous parlions plus haut de l'importance des épidémies. De plus, la courbe de la température est d'un grand intérêt à cause des poussées successives et des rémissions brusques qu'on observe fréquemment. La céphalée et les courbatures dominent souvent. M. Faisans insiste sur la coloration bleu mat de la langue ; M. Comby fait remarquer également cet enduit blanc, épais, qui recouvre la langue tout entière sur sa face dorsale, et dont le principal caractère est une très grande persistance. Dans les manifestations méningées des fièvres éruptives, de la typhoïde, l'étude des autres symptômes sera faite attentivement, et interprétée.

On aura soin d'analyser les urines en vue de l'urémie. On interrogera les malades au point de vue des intoxications professionnelles, médicamenteuses ou autres. On pensera également à l'alcoolisme. Vallin prétend qu'on a pu croire à une méningite dans des cas où chez de jeunes enfants, les troubles provenaient de l'alcoolisme des nourrices. La présence des vers intestinaux doit être également recherchée ; on a prétendu que la céphalée était nulle ou fugace, le ventre souvent douloureux, les vomissements moins fréquents, le ventre égal.

Hahn (1853) donnait comme très important le signe suivant : dans l'agitation les enfants se lèvent brusquement en délirant, et maintiennent la tête droite ; dans la méningite tuberculeuse, ils sont enclins à l'appuyer.

L'effet des purgatifs, en provoquant l'expulsion, sera le meilleur agent de diagnostic.

Comment distinguer les phénomènes méningés infectieux des troubles méningo-corticaux d'origine toxique ? Nous pensons que l'examen bactériologique et la recherche de la toxicité du sérum sanguin peuvent seuls donner des résultats concluants.

Quinke, en Allemagne, fait une ponction capillaire du canal rachidien, au niveau des vertèbres lombaires, et pratique l'examen bactériologique du liquide ainsi obtenu. Ce procédé n'est pas encore passé dans la pratique ; sa valeur est incontestable en ce qu'il permet l'examen direct, les cultures et les inoculations. Tous les cas ne peuvent fournir un résultat, l'infection peut demeurer localisée, le liquide céphalo-rachidien être stérile ou contenir peu de microbes ; le procédé de Quinke n'en demeure pas moins le seul mode d'investigation possible dans le cas où l'infection est primitivement localisée aux centres nerveux.

Quand l'infection est secondaire, outre la connaissance du point de départ dont la nature bactériologique peut être déterminée, on pourra faire l'examen microscopique du sang ainsi que le conseille Bozzolo.

La recherche de la toxicité du sérum, dans le but de déterminer l'existence d'une intoxication expliquant les troubles méningés, n'est malheureusement pas praticable dans un grand nombre de cas ; on n'est pas autorisé à faire une saignée à un malade déjà déprimé. Et cependant,

peut-être y aurait-il une source d'amélioration comme dans l'urémie.

Nous avons étudié le diagnostic des méningites infectieuses et des troubles toxiques; par quels caractères allons-nous maintenant différencier le méningisme?

Le début brusque, les allures irrégulières de la maladie, durant laquelle on observera fréquemment des phénomènes liés à l'hystérie, la terminaison brusque, sont des caractères importants, ainsi que l'absence de toute cause d'infection apparente.

On a signalé comme un caractère important l'absence fréquente de fièvre. Chantemesse, Moutard-Martin, Thibaudet insistent sur ce signe. Mais cette absence d'hyperthermie ne saurait être admise comme un élément de diagnostic décisif; Jaccoud rapporte, dans ses leçons cliniques (1883-84), un cas de méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie, de forme atypique, sans fièvre et sans modifications du pouls.

Chez l'adulte, Chantemesse prétend que les cris hydrocéphaliques sont rares dans la méningite tuberculeuse, tandis qu'ils sont fréquents dans les « phénomènes pseudo-méningitiques qui appartiennent à l'hystérie ».

C'est l'hystérie, en effet, qu'il faut rechercher; Sydenham, en 1681, écrivait déjà : « L'affection hystérique n'est pas seulement très fréquente, elle se montre encore sous une infinité de formes diverses, et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément, et attribuera à une maladie essentielle et propre à

tel organe les symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique. »

On cherchera attentivement dans les antécédents du malade les manifestations nerveuses. (A suivre.)

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Suppositoires.

Bronchite purulente ou bronchorrhée :

Hyposulfite de soude..... 0 gr. 20 à 0 gr. 50
Beurre de cacao..... 1 à 3 gr.

États d'excitation nerveuse :

Extrait de valériane..... 0 gr. 50 à 1 gr.
Bromure de potassium..... 1 à 2 gr.
Beurre de cacao..... 1 à 3 gr.

Médication antipyrétique :

Chlorhydro-sulfate de quinine.. 0 gr. 10 à 0 gr. 25
Antipyrine..... 0 gr. 20 à 0 gr. 50
Beurre de cacao..... 1 à 3 gr.

Lavements.

1^o *Nutritif :*

Peptone Cornélis..... 1 à 3 cuillerées à café.
Jaune d'œuf..... n^o 1
Chlorure de sodium..... 0 gr. 25
Lait..... 40 à 100 gr.

2^o *Calmant :*

Poudre de valériane..... 5 à 15 gr.
Faire bouillir dans eau..... 150 à 300 gr.

jusqu'à réduction d'un tiers du volume.

Ajouter : Bromure de potassium..... 2 à 4 gr.
Jaune d'œuf..... n^o 1

Pommade.*Coryza avec obstruction nasale :*

Menthol.....	1 gr.
Acide borique.....	2 —
Vaseline.....	20 —

Pilules.*Bronchite déjà en période de coction avec sécrétions bronchiques abondantes :*

Gomme ammoniacque pulvérisée.....	1 gr.
Poudre de benjoin de Siam.....	1 —
Baume de soufre anisé.....	2 —
Baume de tolu.....	4 —

F. s. a. 80 pilules.

Enfants de 5 à 15 ans, 4 à 8 pilules par jour.

P. L. G.

Oxyures vermiculaires.

M. COMBY conseille de procéder de la manière suivante :

1° Prendre, pendant trois jours, le matin à jeun, un des cachets suivants :

Santonine.....	5 centigr.
Calomel.....	10 —

2° Faire, pendant trois jours, le soir, au coucher de l'enfant, des applications intra-anales avec la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon.....	30 gr.
Onguent napolitain.....	10 —

Le Gérant : G. STEINHEIL.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Juin-Juillet 1897.

SOMMAIRE :

Lethrombus puerpéral de la vulve et du vagin, par le Dr M. OUI.	161
De la ligature et du pansement du cordon ombilical (<i>suite et fin</i>), par E. PAQUY.....	193
Appendicite et grossesse, par M. P. LE GENDRE.....	200
A propos de la bicyclette, par M. LE GENDRE.....	211
Méningisme et méningites (<i>suite et fin</i>), par le Dr G. POCHON.	216
Traitement de la rougeole, par le Dr A. JOSIAS.....	220

LE THROMBUS PUERPÉRAL DE LA VULVE ET DU VAGIN

Par le Dr M. OUI.

Le thrombus puerpéral de la vulve et du vagin est une affection peu commune, rarement observée même par les accoucheurs les plus occupés et placés à la tête de grandes maternités. Dans son *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, M. Hervieux n'en rapportait que 6 observations recueillies par Guéniot, Bouchaud et Perret. Deneux n'en observa que 3 cas, dans une pratique de quarante ans. En 1843, Dubois n'avait vu également que

3 cas de thrombus sur un total de 14,000 accouchements.

Dans ces conditions, il faut, pour étudier la question, se reporter aux faits accumulés par les auteurs et en dégager les conclusions qu'ils comportent. C'est ce travail que nous allons faire pour répondre aux désirs que nous ont exprimés un certain nombre de nos lecteurs.

Disons, tout d'abord, que le terme de thrombus, appliqué aux collections sanguines formées au cours de la grossesse et de l'accouchement dans le tissu cellulaire péri-vaginal ou dans l'épaisseur des grandes lèvres ou du périnée, est absolument mal choisi. La thrombose, en effet, est la coagulation du sang dans les vaisseaux, et le nom de thrombus s'applique au caillot ainsi formé. Or, dans les cas désignés sous le nom de thrombus de la vulve et du vagin, il s'agit, comme nous le verrons plus loin, de tumeurs sanguines dues à la rupture de vaisseaux plus ou moins nombreux et auxquelles s'appliquerait beaucoup plus justement la dénomination d'hématomes.

Le mot de thrombus, cependant, est consacré par l'usage; aussi l'emploierons-nous, au cours de cette étude, concurremment avec les termes d'hématome ou de tumeur sanguine.

Siège.

Le thrombus de la vulve et du vagin ne se produit guère en dehors de la période puerpérale, et ce seul fait montre toute l'importance de la grossesse ou de l'accouchement, comme facteur étiologique; mais c'est dans

l'accouchement surtout qu'il faut chercher la grande cause de formation des thrombus ; si nous consultons, en effet, la statistique récente et très complète de Cadilhac (Th. Montpellier, 1894), nous voyons que le thrombus est apparu :

Au cours de la grossesse.	19 fois.
Pendant le travail	53 —
Pendant la délivrance.	3 —
Après la délivrance.	91 —

Nous aurons à examiner plus loin les raisons qui expliquent le moment d'apparition du thrombus.

Mais avant de rechercher le *mécanisme* suivant lequel se forme l'hématome, il nous faut déterminer les régions dans lesquelles il se développe.

Le *thrombus de la vulve* occupe généralement le tissu cellulaire de l'une des grandes lèvres, rarement des deux ; l'épanchement peut, par infiltration du tissu cellulaire, gagner la région fessière, et fuser même vers la partie interne des cuisses. C'est le *thrombus périnéal superficiel* d'Hervieux. Le sang peut également fuser vers la partie supérieure, gagner le sacrum ou les fosses iliaques, et constituer la *variété profonde des thrombus périnéaux*.

Le *thrombus vaginal ou intra-pelvien* (Hervieux) se produit non pas dans l'épaisseur de la paroi vaginale, mais dans le tissu cellulaire péri-vaginal ; nous verrons plus tard par quel mécanisme. De là, l'extension du foyer peut se faire dans deux directions : ou bien vers la vulve,

et on assiste alors à la formation d'un *thrombus vulvo-vaginal*, ou bien vers l'abdomen, formant le *thrombus pelvi-abdominal*. Dans cette dernière variété, le sang décolle le tissu cellulaire sous-péritonéal, et s'étend habituellement vers la fosse iliaque. Il peut suivre également d'autres voies, disséquer, par exemple, les feuillets des ligaments larges, dédoubler les deux feuillets du mésentère (Baudelocque), atteindre l'atmosphère celluleuse du rein (Boër) et même remonter jusqu'au diaphragme (Depaul-Cazeaux.)

On conçoit aisément que, dans ces conditions, le volume de la poche et la quantité de sang épanché soient extrêmement variables. Le volume de la poche varie, en effet, de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'une tête d'adulte, et la quantité de sang épanché varie de 200 à 1,500 grammes (Hervieux).

Enfin, il peut se produire une autre sorte de thrombus, signalé par quelques auteurs sous le nom de *thrombus pédiculé du vagin*. Cette variété est encore insuffisamment étudiée. L'épanchement sanguin paraît se faire dans la paroi vaginale, dans l'épaisseur de la colonne postérieure. La tumeur ainsi formée offre pour caractères particuliers une très grande mobilité; son pédicule s'insère sur la paroi postérieure du conduit vaginal. Des quelques observations qui ont été publiées, il ressort que cette forme de thrombus est particulière à la grossesse. Nous verrons plus loin quelles en sont les particularités intéressantes au point de vue de l'évolution et du diagnostic.

Étiologie. — Pathogénie.

Maintenant que nous avons examiné les sièges différents occupés par les tumeurs sanguines, nous pouvons étudier d'une façon plus précise leur étiologie et leur pathogénie.

La grande cause prédisposante, c'est la *puerpéralité*. Pendant toute cette période, en effet, l'activité circulatoire est considérablement augmentée dans la zone génitale, et cette suractivité favorise certainement la formation des thrombus, évidemment beaucoup plus fréquents dans cette période qu'en dehors d'elle.

Quant aux autres causes invoquées par certains auteurs : hémophilie, maladies du cœur, déviations utérines, présentations du fœtus, ce sont pures hypothèses, insuffisamment justifiées par les faits.

La primiparité semble cependant avoir une certaine importance. Dans la thèse de Cadilhac, nous trouvons, en effet, que sur 244 cas de thrombus, 116 se rapportent à des primipares et 128 à des multipares. Si on tient compte de ce fait que les accouchements de multipares sont bien plus fréquents que ceux des primipares, la proportion de primipares atteintes de thrombus paraît fort importante.

Mais la question qui a donné lieu aux plus vives discussions est celle du rôle à attribuer *aux varices* dans la formation des thrombus. Deneux et Blot ont soutenu que le thrombus était toujours dû à la rupture de veines

variqueuses, et on a longtemps discuté sur ce point. A l'heure actuelle, l'accord est établi, et on considère que la production de l'hématome n'est nullement liée à la présence de varices vulvaires et vaginales. Non seulement, en effet, les thrombus ont été observés chez de nombreuses femmes indemnes de varices ; mais aussi on ne s'expliquerait guère, si on admettait l'influence des dilata-tions variqueuses, que le thrombus fût si rare, alors que les varices se rencontrent fréquemment chez les femmes enceintes.

La véritable cause déterminante, celle qu'on rencontre dans la très grande majorité des cas, c'est le *traumatisme*, qu'il soit extérieur, dans le cours de la grossesse, ou causé par le fœtus, au cours de l'accouchement.

Les violences extérieures peuvent agir directement : timon de voiture heurtant la vulve (Jacquemier) ; coït « impétueux » (Ehrendorfer). Elles agissent plus souvent par contrecoup : coups de pied, coups de poing sur le ventre, cahots de voiture, chute sur le siège, etc.

Pour les thrombus qui se forment au cours de l'accouchement ou après l'expulsion du fœtus, l'agent du traumatisme est évident : c'est le fœtus lui-même.

Mais comment agit-il ? C'est à Perret que nous devons l'étude bien conduite et précise du mécanisme de formation des hématomes intra-pelviens, et nous ne saurions mieux faire que de rapporter, en même temps que son opinion, la très intéressante observation qui lui a servi à élucider le problème.

Lisez d'abord cette observation, dans laquelle j'ai souligné tous les passages qui se rapportent à certains symptômes cliniques importants, et ceux qui ont trait aux importantes constatations anatomiques de l'auteur.

OBSERVATION I (PERRET. In Thèse Paris, 1864).

La nommée L..., primipare, âgée de 20 ans, bien conformée, d'une bonne santé habituelle, n'a éprouvé aucun accident pendant sa grossesse : elle est à terme et accouche à la Maternité, le 18 juin 1864, à cinq heures du soir. Le travail a duré six heures, dont une heure de période d'expulsion ; présentation du sommet en O I G A ; enfant vivant, du poids de 3 kilogr. 250. L'accouchement et la délivrance ont été naturels, n'ont pas nécessité de manœuvre et n'ont été suivis d'aucun accident. La malade se trouva bien jusqu'à sept heures du soir, mais alors elle accusa de violentes douleurs lombaires, avec ténésme rectal et besoin de pousser en bas. *L'élève sage-femme de service pratiqua immédiatement le toucher, et sentit une tumeur qui lui parut assez peu volumineuse : elle occupait la partie postérieure et latérale gauche du vagin. L'élève s'absenta tout au plus cinq minutes, pour aller chercher l'aide-sage-femme. Le toucher fut de nouveau pratiqué, et on constata de grands changements dans la tumeur : elle avait pris un développement considérable ; c'est là un point sur lequel j'insiste, car il montre avec quelle rapidité s'est formé l'épanchement sanguin.*

M. Trélat, chirurgien en chef de la Maternité, mandé en toute hâte, arriva à neuf heures du soir, et l'examen auquel il se livra donna les résultats suivants : à l'extérieur, les grandes lèvres et la vulve ne présentent ni changement de

coloration ni tumeur ; il existe une déchirure du périnée verticale, et d'une étendue de 0,03 centimètres environ ; pas d'écchymose à l'extérieur.

En écartant les grandes lèvres, on constate aussi une éraillure peu profonde de la muqueuse vaginale à sa paroi postérieure ; cette dernière fait une saillie considérable, de couleur violacée, qui obture à peu près complètement l'orifice vaginal. La tumeur, au dire de l'aide-sage-femme, ne paraît pas avoir augmenté sensiblement de volume depuis la dernière exploration, ce qui ferait croire qu'elle a atteint à peu près d'emblée, c'est-à-dire dans l'espace de cinq à dix minutes, son maximum de développement, au moins dans ses parties accessibles.

Cette tumeur occupe toute la longueur de la partie latérale gauche et postérieure du vagin, jusqu'au col de l'utérus, au delà duquel elle s'étend peut-être, l'exploration ne pouvant être portée plus loin. Elle offre une consistance élastique assez ferme, sans la moindre sensation de fluctuation.

Malgré son volume, elle permet assez facilement l'introduction, entre les parois vaginales accolées, du doigt jusqu'au col de l'utérus. Celui-ci est élevé et fortement déjeté à droite et en avant, il n'offre du reste rien d'anormal dans sa forme ou ses dimensions. La tumeur, qui est fortement convexe dans l'intérieur du vagin, s'aplatit et se surbaisse au voisinage du col.

Le toucher par le rectum permet de constater que la tumeur fait une saillie considérable dans la cavité de cet intestin, qu'elle oblitère en partie ; la muqueuse rectale est du reste intacte, et aucun écoulement ne se fait par l'anus.

Quant à l'état général de la malade, voici ce qu'on constate : cette femme, qui offrait toutes les apparences d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, qui avait avant

son accouchement le teint coloré, est maintenant *très pâle*, avec un *pouls fréquent, faible et dépressible* ; elle a des *sueurs froides*, à certains moments des *lypothimies* ; elle est dans une *anxiété extrême* et dans une *impatience* qui se traduit par des *récriminations continuelles* et *presque des injures*. L'utérus, encore volumineux, est dur et assez bien contracté ; ni douleur ni ballonnement du ventre ; la malade ne fait aucun effort et n'éprouve aucun besoin d'expulsion ; elle n'accuse, comme principal symptôme, qu'une douleur gravative à la région lombaire.

M. Trélat se décide à ouvrir immédiatement la tumeur ; à cet effet, il pratique une incision de 3 à 4 centimètres intéressant la partie la plus déclive de la paroi postérieure du vagin. Il s'écoule par la plaie une très petite quantité de sang liquide. Le doigt, introduit dans la cavité anormale, l'explore facilement et peut vider le foyer des caillots qu'il contient ; le poids du sang sorti a pu être évalué à 250 ou 300 gr. ; il se fait encore dans le foyer un écoulement de sang très peu abondant. Les parties sont fortement abstergées avec de l'eau froide.

Par l'exploration de la cavité sanguine, on constate qu'elle s'étend par en bas vers l'épaisseur du périnée dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts, et que sa paroi postérieure est formée par le rectum tout seul, reconnaissable à sa minceur et à sa souplesse.

Les lèvres de la déchirure périnéale sont rapprochées à l'aide de trois serres-fines ; des toniques consistant surtout en vin de Bordeaux sont administrés à la malade qui est reportée avec précaution dans son lit ; un bandage de corps garni de ouate entoure et comprime la paroi abdominale.

Pendant la nuit du samedi 18 au dimanche 19, la malade repose sans douleur ; l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Le 19, à la visite du matin, le pouls, à 110 pulsations, a repris un peu de force ; le ventre n'est pas douloureux ; ni ballonnement ni météorisme ; pas de douleur à la région lombaire, l'utérus est bien rétracté ; les battements du cœur sont réguliers, sans bruit anormal ; pas de souffle dans les vaisseaux du cou. Il n'y a pas eu de garde-robe depuis l'accouchement ; la malade ne peut uriner et a dû être sondée ; elle est du reste très calme, et dit se trouver bien ; la respiration est légèrement accélérée ; on ne constate aucune ecchymose à l'extérieur.

Une injection de 2 litres d'eau simple est faite dans le foyer avec un irrigateur muni d'une grosse canule avec plusieurs orifices à son extrémité. Cette canule qui n'a pas loin de 15 à 18 centimètres de longueur, disparaît presque entièrement lorsqu'elle est poussée jusqu'à l'extrémité postérieure de la cavité accidentelle ; on l'enfonce du reste à des profondeurs variables pour baigner toute l'étendue du foyer. Cette injection sort d'abord fortement colorée par du sang pur, puis viennent quelques caillots, les uns plus anciens, les autres paraissant de formation toute récente, mais en petite quantité, et l'injection ne tarde pas à revenir sans coloration sensible.

Du bordeaux, des bouillons, des potages, sont bien supportés. La journée se passe sans présenter d'aggravation. Un lavement émollient procure une garde-robe peu abondante ; peu de temps après une deuxième a lieu involontairement. Le cathétérisme a dû être renouvelé.

Une deuxième injection est faite, le soir, en même quantité et de la même manière que celle du matin ; elle donne les mêmes résultats, les parties n'exhalent aucune odeur fétide. Il existe à la partie interne des petites lèvres et de chaque côté des eschares grisâtres circulaires et peu étendues.

Les serres-fines sont retirées à cause de la coloration

violacée des lèvres de la déchirure. On recommande à la malade de tenir les cuisses aussi rapprochées que possible ; la compression du ventre est continuée.

La nuit du 19 au 20 procure un repos assez complet.

Lundi 20. Même pâleur, ni douleur, ni développement du ventre, ni sensation anormale par l'exploration de ces parties ; rien non plus à noter à l'extérieur des parties génitales ; on constate seulement que la déchirure du périnée ne s'est point réunie, que les lèvres en sont engorgées et recouvertes d'ulcérations grisâtres. Les eschares vulvaires de même couleur se sont étendues et sont recouvertes de matière sanieuse. L'injection est renouvelée dans le foyer ; elle sort d'abord assez fortement colorée, présentant déjà un certain degré de fétidité, et entraînant avec elle quelques petits caillots qui paraissent de formation ancienne.

L'état général est moins satisfaisant. Le pouls à 120 pulsations est mou ; la chaleur est vive, la peau sèche ; rien au cœur ni dans les vaisseaux, respiration accélérée. Cependant la malade dit se trouver assez bien ; ni nausées ni vomissements ; pas de garde-robe dans la nuit ; le cathétérisme est encore pratiqué le matin et répété trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans le courant de la journée la malade est dans une somnolence à peu près continuelle, mais calme et sans rêveries ; elle prend du vin de Bordeaux, des bouillons et des potages ; l'administration d'une cuillerée à café d'huile de ricin provoque une garde-robe liquide.

A la visite du soir, la prostration est plus grande ; la langue est large et humide, avec un enduit blanchâtre peu épais, les narines sont pulvérulentes, l'injection revient colorée par un liquide plutôt sanieux que purement sanguin ; il répand une odeur de plus en plus fétide. L'exploration de la cavité avec le doigt y fait constater la présence d'un

certain nombre de caillots trop volumineux et déjà trop fermes pour être entraînés par l'injection ; le doigt peut en amener à l'extérieur une certaine portion ; ils paraissent de formation récente. Pendant la journée, les eschares vulvaires sont souvent abstergées avec de l'eau additionnée d'une petite quantité d'eau-de-vie camphrée ; ce n'est plus de l'eau pure, mais ce même liquide qu'on a employé pour les injections de la journée.

Le 21. A quatre heures du matin, cette femme qui avait jusqu'à cette heure bien reposé, n'avait eu aucun frisson, commence à ressentir des douleurs assez vives dans le dos, dans les lombes et dans le ventre ; elles persistent encore à la visite du matin ; le ventre est développé, tendu, sonore à la percussion qui, même légère, est douloureuse. Le facies est profondément altéré, les yeux excavés sont bordés d'un cercle brunâtre, pâleur du visage et des téguments, chaleur plus vive, pouls faible et dépressible, à 140 pulsations, la soif est intense, la langue large, humide avec un enduit noirâtre peu épais ; ni nausées ni vomissements. La malade a eu quatre garde-robes diarrhéiques depuis la veille ; le cathétérisme est encore nécessaire. La respiration est fréquente, suspicieuse ; plaintes continuelles et prostration profonde ; les moindres mouvements exacerbent les douleurs.

Les grandes lèvres sont tuméfiées ainsi que les bords de la déchirure périnéale qui sont sphacélés dans toute leur épaisseur ; les eschares vulvaires se sont étendues ; elles sont recouvertes d'un détritüs sanguinolent et putrilagineux très fétide ; elles ont gagné aussi en profondeur, et par des tractions même légères on détache facilement des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé qui existent en grand nombre à l'entrée du vagin. La paroi postérieure de ce dernier, d'une coloration violacée, noirâtre, a pris une épaisseur considérable et paraît fortement infiltrée ; elle oblitère presque com-

plètement l'entrée du vagin. Toutes ces parties sont le siège d'une chaleur très vive. On lave la vulve avec de l'eau additionnée d'eau-de-vie camphrée. Une injection de deux litres est faite dans le foyer de la même manière que précédemment ; elle revient teinte d'un liquide sanieux d'une fétidité extrême, mais sans entraîner après elle de caillots, bien que par le toucher on puisse en constater, en petite quantité, il est vrai, dans la cavité.

On ordonne des lavements émollients, du bordeaux et des bouillons.

Dans la journée, la prostration va croissant ; les lavements sont rendus involontairement, le cathétérisme est encore pratiqué, la vulve abstergée plusieurs fois. La malade est dans une somnolence continuelle ; pouls insensible ; elle perd la parole vers deux heures de l'après-midi. La sécrétion laiteuse ne s'est pas opérée.

Cette femme meurt à cinq heures du soir, le 21 juin.

AUTOPSIE, le 23 juin, trente-huit heures après la mort. Le cadavre présente toutes les traces d'une décomposition avancée. (La chaleur de la journée du 22 a été très élevée.)

L'abdomen est très développé ; une coloration verdâtre s'étend sur sa surface, intense surtout dans les deux tiers inférieurs, envahissant aussi la partie supérieure des cuisses, où l'on sent une crépitation gazeuse, plus prononcée dans le membre gauche. Les grandes lèvres, la région pubienne et la fesse gauche ont le même aspect que les parties ci-dessus ; il en est de même du thorax à sa partie postérieure, où l'on peut constater aussi une infiltration gazeuse.

Le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale incisée est distendu par des gaz ; il ne présente pas du reste d'autre altération, excepté au voisinage du pubis où il est infiltré de sérosité sanguinolente. Le même liquide se retrouve dans la gaine des muscles grands droits. Le tissu

cellulaire de ce point de la paroi, de même que celui qui est immédiatement recouvert par le péritoine pariétal, est noirâtre et a l'aspect putrilagineux.

La sérosité qui s'écoule à l'incision de ces parties est mélangée de nombreuses gouttelettes graisseuses. La cavité péritonéale, outre des gaz très fétides qui s'échappent par l'incision, contient au moins 300 grammes de sérosité rousâtre, tenant en suspension une grande proportion de gouttelettes huileuses. Le péritoine viscéral ne paraît point enflammé.

L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin sont très distendus, mais ne sont le siège d'aucune altération. L'épiploon est fortement congestionné seulement à sa partie inférieure; on ne trouve pas d'adhérences.

Le mésentère est encore infiltré de sérosité rougeâtre. Les intestins, enlevés avec précaution pour léser le moins de vaisseaux possible, laissent voir le tissu cellulaire sous-péritonéal distendu par du gaz et le même liquide séro-sanguinolent. L'infiltration envahit l'atmosphère celluleuse des deux reins, plus prononcée néanmoins du côté gauche. En outre, ce tissu cellulaire est noirâtre; on peut facilement en détacher des lambeaux qui paraissent à peu près complètement sphacelés. L'infiltration s'étend vers les parties inférieures dans le tissu cellulaire de la cavité pelvienne et se continue avec le thrombus qui en est évidemment le point de départ.

La tumeur occupe la partie latérale gauche et un peu postérieure de la cavité pelvienne, sa capacité est considérable. En haut elle s'étend jusqu'au voisinage de l'angle sacro-vertébral, dépassant le sacrum un peu à droite; vers sa partie inférieure, elle ne dépasse pas la ligne médiane de cet os. La paroi postéro-externe de ce foyer est donc formée par le sacrum et l'aponévrose pelvienne qui ne m'

pas paru complètement intacte ; sa paroi interne est formée par le vagin et le rectum portés un peu à droite. L'antérieure est constituée par le péritoine ; inférieurement l'épanchement se prolonge jusque dans l'épaisseur du périnée dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts. La paroi vaginale est à nu et comme disséquée, elle est très épaissie, infiltrée de sérosité ; elle présente seulement en bas la trace de l'incision qui n'a pas moins de 3 à 4 centimètres d'étendue dans le sens antéro-postérieur.

J'ai fait quelques tentatives pour rechercher quels étaient les vaisseaux rompus ; à cet effet, j'ai pratiqué une première injection avec de l'eau dans la veine fémorale, en comprimant la veine iliaque primitive, et j'ai constaté que le liquide de l'injection venait sourdre en nappe à la surface du foyer. Il est donc probable qu'aucune veine importante n'était rompue. Une seconde injection pratiquée par l'artère iliaque primitive, aussi avec de l'eau, s'est comportée comme la première : elle s'écoulait également en nappe à la surface du foyer, d'où la conclusion qu'aucune artère volumineuse n'était ouverte et qu'enfin des vaisseaux artériels et veineux d'un très petit calibre avaient contribué en même temps à la formation du foyer sanguin.

Le foyer offre sur toutes ses parois une coloration noirâtre uniforme qui en marque très bien les limites. Il contient quelques petits caillots sanguins, des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé et une certaine quantité de matière putrilagineuse ressemblant assez à celle qui tapisse la face interne de l'utérus des femmes récemment accouchées.

L'examen plus minutieux de la paroi vaginale fait bien reconnaître que le foyer est tout à fait en dehors, et qu'elle ne contient dans son épaisseur aucune infiltration sanguine. Les muscles pyramidal, obturateur interne et sphincter externe de l'anus sont ecchymosés dans les points voisins du foyer.

Dans le côté droit de la cavité pelvienne, on trouve une disposition sur laquelle je désire attirer l'attention, car elle me paraît avoir une certaine valeur au point de vue du mode de formation des thrombus. Les mailles du tissu cellulaire sont dissociées et séparées assez complètement pour former une cavité capable de loger un œuf de poule. Cette poche est située au niveau de la branche horizontale du pubis et de la partie supérieure du trou obturateur : elle ne contient ni caillots ni sang liquide. Il me paraît évident que si un certain nombre de vaisseaux s'étaient rompus dans le voisinage de cette cavité, il se serait formé là une tumeur sanguine. La vessie, fortement revenue sur elle-même, est saine.

L'utérus, bien rétracté, est très coloré à sa face postérieure ; les ligaments larges sont intacts ; à l'incision de la matrice, on fait sourdre de son épaisseur du pus qui paraît contenu dans les sinus. Le foie, les reins et la rate sont exsangues et ramollis ; les veines ne contiennent que très peu de sang très fluide.

Les poumons sont emphysémateux et contiennent des gaz dus probablement à la putréfaction. Les deux cavités pleurales renferment une certaine quantité de sérosité sanguinolente sans trace d'inflammation : quelques fausses membranes, de formation ancienne, existent dans la plèvre droite. Le péricarde est intact. Le cœur a son volume normal ; ses orifices n'offrent aucune altération ; ses cavités ne contiennent qu'une petite quantité de sang très séreux. Le cerveau n'a pas été examiné.

Trois faits principaux ressortent de cette observation : le siège nettement extra-vaginal de la collection sanguine ; la formation, au cours du travail, dans le tissu cellulaire périvaginal, d'une cavité toute prête pour l'épanchement sanguin ; enfin, la démonstration expérimentale bien nett

de ce fait que le sang provient de petits vaisseaux artériels et veineux, ce qui règle définitivement la question des varices.

Perret ajoute, d'ailleurs, à son observation, les judicieux commentaires suivants :

« Dans certains cas, la tête du fœtus peut faire subir aux parois du vagin une sorte de glissement sur les tissus voisins, glissement qui aura pour résultat de décoller ces parois dans une plus ou moins grande étendue, de déchirer les cloisons du tissu cellulaire en produisant une cavité plus ou moins spacieuse..... Cette lésion rend parfaitement compte de la rapidité avec laquelle certaines de ces tumeurs se développent, arrivant, presque d'emblée, à leur plus grand volume, et cela sans que l'autopsie ait pu démontrer la rupture de gros vaisseaux ; l'hémorrhagie pouvant avoir lieu, comme nous le prouverons, par un grand nombre de vaisseaux très petits, se fait en quelque sorte en nappe. Et si le sang, au lieu de trouver une cavité toute préparée pour le recevoir, était obligé de s'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire, de les rompre pour arriver à former une collection, on ne verrait pas de thrombus acquérir en quelques minutes un volume énorme, comme cela se voit souvent. »

L'observation de Perret ne laisse aucun doute sur le mécanisme qui amène la formation du thrombus. Les pressions exercées par le fœtus amènent le glissement et la dissociation des aponévroses périnéales et du tissu cellulaire péri-vaginal, et comme conséquence, la formation

d'une cavité plus ou moins spacieuse dans laquelle s'épanche le contenu des nombreux petits vaisseaux, tant veineux qu'artériels, rompus par le fait même de cette dissociation.

Il reste à expliquer pourquoi le thrombus n'apparaît, dans la très grande majorité des cas, qu'après l'expulsion du fœtus. La compression exercée par le fœtus empêche généralement, pendant toute la période d'expulsion, l'épanchement sanguin de se produire, et l'hématome ne paraît que pendant la délivrance. Lorsque l'apparition de la tumeur sanguine ne se produit qu'après la délivrance ou quelques heures après l'accouchement, on admet que cette apparition tardive est due soit au déplacement de caillots qui avaient jusque-là oblitéré les vaisseaux (Deneux), soit à la rupture de vaisseaux fortement contusionnés au moment du travail (Dubois).

La formation du thrombus donne généralement lieu à des symptômes qui attirent l'attention de façon impérieuse. C'est d'abord une douleur vive, extrêmement aiguë, quelquefois, au contraire, sourde, profonde, avec irradiations dans la région lombaire, dans les fesses et dans les cuisses. Pour peu que la tumeur soit volumineuse, la pression qu'elle exerce sur les organes pelviens détermine chez la femme des envies de pousser, du ténesme, tout particulièrement caractéristiques lorsque la délivrance a déjà eu lieu. Si l'épanchement sanguin est très considérable, les signes d'une hémorrhagie grave peuvent venir se joindre à ces symptômes douloureux. Le

pouls devient rapide et dépressible, la face est pâle, il y a des nausées, des tendances syncopales, tous signes que vous trouverez nettement exposés dans l'observation il et qui sont également notés dans l'observation de Perret (obs. I).

OBSERVATION II.

Clinique Baudelocque, 1893, n° 1841. In Th. DEVOIR.

Jeanne D..., 22 ans, domestique, secondipare, entre au dortoir le 21 novembre 1895. Présentation du sommet en G T, tête non engagée, bassin normal. *Pas de varices.*

L'accouchement et la délivrance sont normaux, mais aussitôt après la délivrance, la femme éprouve subitement une douleur à l'anus, avec une envie très vive de pousser et d'aller à la selle. En même temps, elle présente tous les signes d'une hémorrhagie considérable : pâleur, nausées, pouls petit et rapide (116-130-140 pulsations à la minute). Cependant, l'utérus est très dur et contracté, et il ne se présente pas de sang au dehors.

Le toucher vaginal fait reconnaître dans le vagin une tumeur molle et fluctuante, occupant tout le côté droit de la fosse ischio-rectale. Le doigt assiste à la formation de cet hématome, et petit à petit, la tumeur se tend de plus en plus et acquiert le volume d'une petite orange.

Injection vaginale, tamponnement à la gaze iodoformée, bandage compressif sur la vulve. La femme est transportée dans une chambre. Pouls 140. T. 37°,8.

Dans les jours suivants, il n'y a aucune élévation de température. L'hématome est resté stationnaire jusqu'au vingt-cinquième jour, sans qu'il y ait aucun phénomène local, ni douleur très vive. A partir de ce moment, la tumeur com-

mence à diminuer de volume, mais à mesure que sa base d'implantation diminue, elle durcit et se tend.

Repos au lit.

Le 12 décembre, la tumeur offre le volume d'une mandarine, débordant un peu la ligne médiane en avant; la base d'implantation de la tumeur se continue avec la paroi vaginale sans bourrelet saillant ni ligne de démarcation très nette.

Le 18, M. Pinard trouve la tumeur très diminuée, volume d'une demi-mandarine. Il conseille le départ.

Il est des cas, cependant, où l'élément douleur fait défaut (observations III et V) et dans lesquels l'existence du thrombus pourrait parfaitement passer inaperçue si quelque autre circonstance ne venait la révéler.

C'est le toucher qui, dans le cas de thrombus vaginal, permet de constater nettement l'existence de la tumeur. Le doigt trouve une tumeur molle, fluctuante, occupant l'une des parois du vagin, et dont le volume, comme nous l'avons dit, peut varier du volume d'un œuf de pigeon à celui d'une grosse orange.

Dans le cas de thrombus vulvo-vaginal, l'une des grandes lèvres est envahie. Elle se tuméfie, devient violette, puis de teinte noirâtre, et peut acquérir un volume considérable (volume d'une tête d'adulte — Coulhon). La tumeur est de consistance élastique ou fluctuante, selon que le sang est infiltré dans le tissu cellulaire, ou collecté. Au voisinage, les tissus prennent une teinte violacée, qui s'étend au périnée et à la fesse correspondante. La douleur est très vive, notablement augmentée par la palpation.

Dans certains cas de thrombus on observe une hémorrhagie due à la rupture rapide de la tumeur.

Diagnostic.

Les symptômes du thrombus vulvo-vaginal sont habituellement assez nets pour que le diagnostic en soit facile. Dans le cas de thrombus vulvaire, la tumeur se forme sous les yeux de l'accoucheur, et ses caractères ne peuvent laisser aucun doute.

Le toucher, en outre des symptômes fonctionnels que nous avons signalés, permet de diagnostiquer d'une façon certaine le thrombus vaginal. La seule erreur qui nous paraisse possible, c'est la méconnaissance de la tumeur au cas où elle ne se produirait qu'après la délivrance et où les symptômes fonctionnels feraient défaut. Le toucher vaginal n'étant pas pratiqué, le thrombus, s'il est petit, peut très bien rester ignoré.

Le diagnostic ne doit pas porter seulement sur l'existence de l'hématome, mais aussi sur ses dimensions. La combinaison du toucher vaginal et du toucher rectal permettra de se rendre compte du volume de la tumeur. Dans les cas de thrombus extrêmement volumineux, s'étendant vers la cavité abdominale, le toucher ne permettra pas d'atteindre les limites supérieures de la tumeur. Le palper et le toucher combinés peuvent permettre alors de constater dans la fosse iliaque une tuméfaction communiquant avec la tumeur vaginale (Grynfeldt). De plus, dans ce cas, on constate généralement les signes généraux

d'une hémorrhagie grave qui suffisent à faire diagnostiquer un épanchement très abondant.

Complications.

Une fois constitué, le thrombus peut donner lieu, par sa seule présence, à quelques légères complications : retard dans l'expulsion du fœtus, si la tumeur s'est formée au cours de l'accouchement ; difficultés de la délivrance, légères, plus souvent, et dont on vient facilement à bout. L'extraction du fœtus et du placenta peut habituellement s'opérer malgré la présence de la tumeur.

Dans quelques cas, cependant, la tumeur se rompt au moment du passage du fœtus, et cette rupture précoce a donné lieu parfois à des hémorrhagies extrêmement graves. Le plus souvent, la rupture spontanée se produit dans les deux ou trois jours qui suivent l'apparition de la tumeur. Les caillots sont alors expulsés, soit en bloc, soit lentement, les parois de la poche bourgeonnent, et la cicatrisation s'opère plus ou moins rapidement, suivant le volume de la tumeur.

La terminaison par résolution est beaucoup plus fréquente que le pensaient les anciens auteurs qui la considéraient comme absolument exceptionnelle ; elle a été observée par Velpeau, Audibert, Baudelocque, Croom, Martin, Roche (Th. Paris, 1886), etc., et Devoir (Th. Paris, 1897) en cite de nouveaux cas (voir obs. II, III, IV, V). La résolution se produit surtout quand la tumeur n'est pas trop considérable, les parois de la poche étant

alors suffisamment résistantes et leur nutrition assez parfaite pour leur permettre de résister.

La suppuration de l'hématome était, avant la période antiseptique, une redoutable et fréquente complication. Elle se produisait généralement après l'ouverture spontanée ou l'incision de la tumeur, et l'observation I en est un exemple. Les femmes succombaient souvent à la septicémie, dont les symptômes sont trop connus pour que je les rappelle ici.

C'est également à des infections de formes diverses que doivent être rattachées d'autres complications : gangrène totale de la poche, phlébite, érysipèle, qui ont presque absolument disparu aujourd'hui.

On conçoit sans peine que ces diverses complications aient sur la durée du thrombus une grande influence. Certaines suppurations duraient jusqu'à deux ou trois mois. A l'heure actuelle, soit que la résolution s'opère, soit que l'hématome s'ouvre spontanément, la guérison ne se fait pas attendre plus d'un mois, dans la majorité des cas ; mais cette durée varie naturellement avec le volume de la tumeur et la rapidité de l'évacuation des caillots quand la tumeur s'est ouverte.

Pronostic.

Le pronostic du thrombus a subi depuis quelques années, de profondes modifications dues surtout à la disparition presque complète des complications septiques. Sur les cas publiés depuis 1882 et qui sont au nombre d'une cin-

quantaine, on trouve à peine quelques très légers cas d'infection, et la guérison est la règle. Il en est de même au point de vue de la mort par hémorrhagie qui n'a pas été signalée depuis plusieurs années, et qui était fréquente autrefois ($1/5$ ou $1/6$), si on s'en rapporte aux anciens auteurs.

Il ne faudrait pas, cependant, conclure de ces faits à l'innocuité absolue des thrombus puerpéraux, car un certain nombre de faits malheureux n'ont pas été publiés. Je connais, pour ma part, un cas de thrombus à évolution pelvi-abdominale, qui, pour des raisons que j'ignore, est resté inédit et dans lequel la femme succomba à l'hémorrhagie interne.

Nous pouvons donc à l'heure actuelle et en tenant compte de quelques désastres ignorés, dire que le thrombus puerpéral est bénin et que son pronostic est lié surtout à la façon dont est pratiquée l'antisepsie. En tout cas on ne saurait maintenant appliquer à ce pronostic les chiffres de mortalité de 25 à 30 p. 100 accusés par les auteurs de l'ère préantiseptique.

Pour l'enfant le pronostic n'est pas sensiblement aggravé. Dans l'immense majorité des cas (peu nombreux d'ailleurs) dans lesquels le thrombus se forme au cours du travail, l'expulsion du fœtus n'est que légèrement retardée, et, au besoin, l'extraction peut en être opérée facilement en suivant les règles que nous indiquerons plus loin.

Traitement.

Pour ce qui concerne le traitement du thrombus de la vulve ou du vagin au cours de la grossesse, tout le monde est d'accord pour ne pas toucher à une tumeur sanguine qui reste ordinairement très limitée et qui, le plus souvent, guérit seule. Il n'y a qu'à tenir la femme au repos au lit et faire en sorte que tout effort lui soit évité. Au besoin, dans le cas de thrombus vaginal, on serait autorisé à faire le tamponnement vaginal, si la tumeur prenait des proportions considérables.

Pour les thrombus développés au cours du travail, pendant la délivrance ou dans les premières heures qui suivent l'accouchement, l'accord n'est pas aussi complet, ou du moins ne l'était pas, il y a quelques années à peine.

Thrombus fermé.

Pendant le travail ou la délivrance, certains auteurs, craignant que le thrombus apportât une gêne considérable à l'expulsion du fœtus ou du placenta, conseillaient l'incision immédiate de la collection sanguine. L'un des premiers M. Hervieux a protesté contre cette thérapeutique, en montrant que le thrombus n'apportait généralement pas un obstacle sérieux au travail, étant assez dépressible pour s'aplatir au moment du passage de la tête fœtale.

La délivrance elle-même peut s'effectuer même quand il existe un hématome très volumineux, ainsi que le prouve l'observation suivante :

OBSERVATION III.

(Clinique Baudelocque, 1890, In Thèse de DEVOIR.)

Louise T... 32 ans, lingère, primipare ; leucorrhée pendant la grossesse, hauteur de l'utérus 36 centimètres. Cette femme entre à la clinique le 19 juillet 1890, à 8 heures du soir, étant en travail depuis le même jour à midi. La dilatation se fait rapidement, elle est complète à 11 heures. Mais la période d'expulsion est très longue, les contractions utérines sont très espacées, et à 3 h. 25 du matin, 4 heures après la dilatation complète, la rotation n'est pas terminée et la tête ne progresse pas. Les battements du cœur fœtal sont normaux et le liquide amniotique n'est pas vert.

M. Dubost, externe du service, fait une application de forceps, et extrait la tête en O P par une prise un peu irrégulière, la cuiller droite encadrant l'oreille, et la gauche sur la bosse pariétale.

A 4 h. 1/4, première tentative de délivrance qui échoue. Pensant que la vessie peut, par sa réplétion, causer cette difficulté, on en pratique le cathétérisme, qui amène 250 gr. d'urine. Le fond de l'utérus est à 21 centim. au-dessus de la symphyse. L'externe qui pratique le toucher trouve le placenta présentant la face fœtale dans l'orifice utérin. Le premier temps de la délivrance est accompli. Nous pensons, l'utérus devenant flasque de temps à autre, que la difficulté de l'engagement tient à un excès de volume par hémorragie rétro-placentaire. Injection chaude et expectation. A 7 h. 1/2, on éprouve toujours les mêmes difficultés et on sent les mêmes rapports de l'utérus.

Je pratique le toucher pour me rendre compte de la nature de l'obstacle et je trouve un thrombus vaginal obstruant toute la moitié droite du vagin et de l'excavation. Col inac-

cessible. La tumeur tendue, rénitente, non douloureuse spontanément ni au toucher, s'arrête en arrière de la ligne médiane.

Rien à la vulve. Tension plus marquée au palper de la fesse voisine, dont la peau commence à devenir violâtre au voisinage de la grande lèvre. Etat général parfait. Température 37° ; pouls 80. *Pas de symptômes locaux (tension ou douleurs ressenties par la femme).*

A 9 heures, M. Pinard fait la délivrance par tractions et expression combinées.

On voit que si, dans ce cas, le thrombus a apporté une gêne à l'acte de la délivrance, l'obstacle n'a cependant pas été insurmontable, et l'incision a pu être évitée.

Il ne faudrait donc avoir recours à l'incision, comme procédé de choix, au cours du travail ou de la délivrance, que si cette incision pouvait être considérée comme un moyen utile de traitement de l'hématome, ou tout au moins comme inoffensif.

Or, les avantages de l'incision précoce sont illusoires, et elle présente des inconvénients réels. Elle peut, en effet, déterminer une *hémorrhagie très abondante*, et on a signalé des cas où cette hémorrhagie avait entraîné la mort. Elle ouvre un foyer sanguin, anfractueux, placé dans les meilleures conditions pour *l'infection*, et l'infection est souvent notée, en effet, comme complication des thrombus traités par l'incision précoce.

L'incision est donc une méthode thérapeutique à rejeter, tout au moins quand elle s'applique aux thrombus de formation récente, et on n'y aura recours que dans

les cas où la collection sanguine apportera un obstacle insurmontable à l'extraction du fœtus ou à l'expulsion de l'arrière-faix. Dans le cas contraire, on appliquera le forceps si l'enfant est vivant, ou on l'extraira après basiotripsie, s'il est mort, de façon à léser le moins possible les organes maternels.

Il n'y a, en un mot, aucune raison d'appliquer aux thrombus puerpéraux un traitement différent de la thérapeutique habituellement employée pour les tumeurs sanguines des autres régions.

Cette thérapeuthique, c'est *la compression*, compression modérée, qui sera faite à l'aide du tamponnement vaginal pratiqué avec la gaze iodoformée. Ce tamponnement, fait avec soin, en commençant par bien garnir les culs-de-sac vaginaux, gênera l'extension de la tumeur, et aidera à la résorption de l'épanchement, tout en assurant l'antisepsie vaginale. Toutefois, si le thrombus n'a pas de tendances à s'accroître, on peut l'abandonner à lui-même, comme dans le cas suivant.

OBSERVATION IV.

(Clinique Baudelocque, 1894, n° 1446.)

Victorine F..., primipare, 27 ans, entre dans le service le 5 septembre 1894, avec une dilatation comme une pièce de 1 franc; pas de varices; léger œdème des jambes et albumine en quantité assez notable dans les urines.

Au palper, on perçoit une tête engagée, une autre tête dans la fosse iliaque droite, deux sièges très distincts au fond de l'utérus.

La dilatation est complète à 5 heures du soir ; le premier fœtus est expulsé à 7 h. 55. Aussitôt après avoir posé une double ligature sur le cordon, on s'assure de la présentation du deuxième fœtus ; la tête est au détroit supérieur ; on rompt les membranes et l'expulsion a lieu à 8 h. 10.

Quelque temps après la délivrance, cette femme est *un peu pâle ; elle dit éprouver du ténesme* ; d'autre part, il ne sort pas de caillots à la vulve. On pratique alors le toucher, et on constate la présence d'un thrombus plus gros qu'un œuf de poule, occupant la partie droite du vagin.

La pâleur n'augmente pas, le pouls est bon et le thrombus ne paraît pas s'étendre ; la femme est soigneusement surveillée : à minuit, elle est en très bon état.

Elle quitte le service, guérie, après dix jours, sans avoir jamais eu d'élévation de température.

Voici maintenant une autre observation dans laquelle le tamponnement a été employé avec succès.

OBSERVATION V.

(Clinique Baudelocque, 1894, n° 1370.)

Rose C..., 20 ans, secondipare, ayant été accouchée la première fois au forceps, entre au dortoir de la clinique le 11 juin 1894, étant enceinte de 7 mois 1/2 environ. L'utérus est très volumineux (37 centimètres au-dessus de la symphyse), le liquide amniotique est très abondant, le fœtus très mobile ; ni albumine ni œdème. *Pas de varices.*

Elle accouche le 25 août 1894, après un travail de 9 h. 1/2, d'un enfant pesant 4,000 grammes, ayant 10 centimètres de diamètre bi-pariétal, et dont la tête est restée à la vulve 1 h. 1/2 en période d'expulsion.

Aussitôt après la délivrance, l'utérus restant très mou,

on fait une injection intra-utérine, et on s'aperçoit de la présence d'un thrombus sur la paroi vaginale droite. Tamponnement à la gaze iodoformée, bandage de corps et bandage en T.

La femme sort guérie au bout de quinze jours, sans avoir eu de température élevée.

Mais la compression ne suffit pas toujours à amener la résorption complète de l'épanchement sanguin. Après s'être résorbé en partie, l'hématome reste stationnaire, durcit et n'a aucune tendance à diminuer. Dans ce cas, on est autorisé à inciser *tardivement*, c'est-à-dire au bout de 25 à 30 jours, la tumeur, et à procéder à l'évacuation de la poche. Mais cette indication se présente très exceptionnellement.

Thrombus ouvert spontanément.

Nous venons d'examiner le cas dans lequel le thrombus reste fermé ; il nous reste à nous demander quelle conduite il faudra tenir en face d'un thrombus ouvert spontanément. La thérapeutique est simple dans ce cas. Elle consiste surtout à assurer l'asepsie des organes génitaux et, à assurer, par la compression, le rapprochement des parois de la poche.

Cette façon de faire, très simple, est celle qui donne les meilleurs résultats. L'observation suivante en est un bon exemple.

OBSERVATION VI

(Clinique Baudelocque, 1894, n° 1083.)

Marie M..., 30 ans, secondipare, ayant accouché un an auparavant d'un enfant se présentant par le siège, enfant vivant et bien portant. Varices très légères à la jambe gauche. Utérus bicorne. Elle entre à la salle de travail le 9 juillet 1894, à 10 heures du matin; le fœtus se présente par le siège complet, en position droite transversale. La tête est dans la corne droite, beaucoup plus développée que la corne gauche; la dilatation est grande comme une pièce de cinq francs, les membranes sont intactes.

A midi et demi, la dilatation étant comme une paume de main, on rompt les membranes et, aussitôt après (midi 45), la femme expulse un enfant vivant du poids de 3,250 grammes. La manœuvre de Mauriceau est faite, sans difficulté, par M. Paumelle, externe du service. La délivrance se fait normalement à 2 h. 5 du soir, une heure un quart après l'extraction du fœtus.

Environ 20 minutes après la délivrance, la femme se plaint de crampes douloureuses dans le membre inférieur droit, de douleurs dans la région vaginale et de ténésme. L'attention étant attirée de ce côté, on pratique le toucher vaginal, et on s'aperçoit alors qu'il existe, sur la paroi droite du vagin, une tumeur fluctuante de la grosseur d'une orange, arrivant jusqu'à la vulve. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée; quelques instants après, la gaze est complètement imbibée de sang, il s'en écoule même une quantité assez notable au dehors. Ce premier tampon retiré, on fait une injection dans la cavité du thrombus, cavité assez considérable en longueur et surtout en profondeur, et un deuxième tamponnement, avec quatre paquets de gaze iodo-

formée. La femme ne perd plus, le pouls est à 108, le facies est assez décoloré.

On continue le tamponnement pendant dix jours ; la température ne s'élève pas au-dessus de 38°. La femme quitte la clinique au bout de quinze jours ; on ne sent plus d'orifice à la paroi vaginale, il y a du tissu cicatriciel sur une étendue de 2 à 3 centimètres.

Le tamponnement vaginal nous paraît de beaucoup préférable, dans ces cas, au tamponnement de la cavité du thrombus. En pratiquant le tamponnement vaginal, on rapproche et on accole les parois de la poche, favorisant ainsi une cicatrisation rapide. Le tamponnement de la cavité du thrombus agit en sens contraire, écartant les parois, et retardant par conséquent la guérison.

Si l'ouverture du thrombus est très petite et ne permet pas l'issue des caillots accumulés dans la poche, il sera sage de débrider l'orifice, d'évacuer les caillots et de laver largement la cavité avant de pratiquer le tamponnement.

Thrombus suppuré.

Enfin, dans le cas où la suppuration de l'hématome se produirait, et nous savons combien cette complication est devenue rare depuis l'emploi de la méthode antiseptique, l'indication de l'incision devient plus pressante encore. L'incision sera faite largement, au point déclive de la tumeur, la poche largement lavée avec une solution antiseptique, et un gros drain assurera l'écoulement des liquides.

Est-il besoin d'ajouter que, dans les cas de thrombus très volumineux, lorsque la femme présente des symptômes d'anémie aiguë, on ne devra pas négliger le traitement de l'état général ? Les injections hypodermiques de sérum artificiel et l'ingestion de liquides alcooliques constitueront des adjuvants précieux pour permettre à la femme de résister à une perte de sang souvent considérable.

DE LA LIGATURE ET DU PANSEMENT DU CORDON OMBILICAL (1)

Par E. Paquy.

III. — CHUTE DU CORDON OMBILICAL

Une fois coupé, le bout fœtal du cordon devient un véritable corps étranger qui va tendre à s'éliminer : il se dessèche et s'aplatit ; la dessiccation commence par son extrémité libre, puis gagne peu à peu toute la tige. Au bout de quarante-huit heures, on commence à voir par transparence les vaisseaux qui sont au centre et qui offrent une teinte noirâtre, puis, les jours suivants, le cordon devient sec, jaunâtre, transparent et prend l'aspect

(1) Voir le n° de mai 1897, p. 129.

ERRATUM. — Une erreur typographique, grave au point de vue de la doctrine de notre maître, le professeur Pinard, s'est produite dans le dernier numéro de la Revue. Page 132, ligne 13, l'imprimeur a transformé M. Pinard en champion de la ligature immédiate du cordon : C'est Pénard qu'il faut lire et non Pinard.

d'un morceau de vieux parchemin ou de corne. Il a perdu sa forme cylindrique pour prendre une forme aplatie.

Pendant ce temps, on observe certains phénomènes au niveau de l'insertion ombilicale. Au bout de vingt-quatre heures, en examinant attentivement cette région, on peut voir un petit liséré rouge très étroit sur la peau et à sa limite. Après trente-six heures ou quarante-huit heures, ce liséré est plus accentué; en exerçant une légère traction sur le cordon on aperçoit une solution de continuité partielle ou circulaire ayant détruit quelques-uns des liens qui unissent le cordon à la peau. Pour Depaul, cette solution de continuité débiterait ordinairement par la partie inférieure.

Ce sillon d'élimination se creuse de plus en plus en même temps que la cicatrisation marche de l'intérieur vers le centre. A la fin du cinquième jour, le travail d'élimination est achevé et le cordon se sépare de l'ombilic, laissant une petite surface bourgeonnante qui se cicatrise au bout de 24 ou de 48 heures.

Scholomogoroff (1889) a trouvé dans le sillon d'élimination différents staphylocoques et quelquefois le streptocoque. Il a remarqué que lorsque le cordon se momifiait les microbes pathogènes étaient en petit nombre, ils abondaient au contraire lorsque la chute se produisait par sphacèle humide.

Cobilovici (1893) signale le staphylocoque blanc et le bactérium coli. Cet auteur, en faisant un pansement aseptique et occlusif du cordon, qu'il renouvelait seulement le cinquième jour, a toujours trouvé aseptique la sérosité qu'il recueillait au niveau du sillon.

Pour expliquer la chute du cordon un grand nombre de théories ont été proposées; nous nous contenterons de signaler ici celles qui présentent un véritable intérêt. Selon Haller, Billard, ce travail aboutirait à une véritable gangrène du cordon. Velpeau compare le cordon éliminé à une eschare. Richet invoque l'existence d'un sphincter ombilical qui, entrant en action après la naissance, déterminerait par constriction la gangrène du cordon. L'existence de ce sphincter n'a jamais été prouvée.

Le cordon se détache parce qu'après la naissance le sang n'y circule plus. La région ombilicale reçoit ses vaisseaux des deux épigastriques et des vésicales; au niveau de l'anneau, ces vaisseaux forment un cercle artériel dont les multiples origines assurent la fonction nutritive de la région. De ce cercle partent des radicules qui traversent la peau et s'y replient en formant des anses et des sinuosités sans jamais passer sur la membrane du cordon qui est complètement dépourvu d'artères. Les vaisseaux du cordon n'ont pas de vaso-vasorum, ils cessent donc de vivre dès que le sang cesse d'y circuler, tandis que la portion de ces vaisseaux qui est située derrière l'anneau et dont les parois sont pourvues de vaisseaux propres, continue à se nourrir. « La partie dont la substance a cessé de se nourrir et s'est desséchée, dit Robin, se sépare moléculairement de celle dans laquelle la rénovation nutritive persistant, les éléments anatomiques sont restés intacts avec leur consistance, leur flexibilité et leurs autres propriétés. » La chute du cordon se fait par un travail d'élimination identique à la gangrène. La séparation a lieu au

sommet du bourrelet cutané, c'est-à-dire à quelques millimètres de la paroi abdominale; elle se fait toujours en ce point parce que c'est là, comme l'a montré de Lignerolles (1869), que les vaisseaux de l'anneau fibreux et de la peau se replient sans passer sur la membrane de Walthon, et que c'est à ce niveau que les vaso-vasorum des vaisseaux ombilicaux s'arrêtent.

La momification du cordon est due à des causes toutes physiques, c'est un simple phénomène de dessiccation favorisé par la température à laquelle est porté le cordon en contact avec la peau de l'enfant. Billard, se basant sur ce fait que la momification ne se produit pas dans le cordon d'un enfant mort-né ou mort quelques heures après la naissance, en faisait un phénomène vital. Lorain (1855) a protesté contre cette théorie, il a montré que les conditions n'étaient pas les mêmes et que le cordon d'un enfant vivant et emmaillotté n'était pas soumis aux mêmes influences physiques que celui d'un enfant mort, exposé du moins dans nos climats à une température humide et basse. « J'ai, dit-il, pendant plusieurs semaines et tous les jours, coupé sur des enfants au moment de leur naissance des portions de cordon ombilical que je plaçais sur moi, dans la poche de mon gilet. Là, à une température qui est à peu près celle du corps, ces cordons ombilicaux se desséchaient tout aussi bien et aussi vite que sur le ventre des enfants auxquels je les prenais. J'ai depuis varié ces expériences, et j'ai vu que la dessiccation était d'autant plus rapide que les cordons étaient exposés à une température plus sèche.

« Sur les enfants emmaillotés le cordon est maintenu à une température de 37° et se dessèche ; cela est facile à comprendre, il ne faut point voir ici l'inflammation, ni toute autre théorie, la dessiccation est un phénomène purement physique. »

Cobilovici (1893) a attaché parallèlement à un cordon encore adhérent un fragment d'égale longueur de cordon libre, et a observé que ce dernier se momifiait dans le même espace de temps et de la même façon que le cordon adhérent, les conditions physiques étant les mêmes.

La chaleur et la sécheresse favorisent la momification du cordon, le froid et l'humidité l'entravent. Il est donc rationnel : 1° d'employer le pansement sec ; 2° de ne pas donner de bains à l'enfant avant la chute du cordon.

Chevalier (1888) a démontré que lorsque le cordon était pansé avec une compresse enduite de vaseline phéniquée, la chute du cordon avait lieu en moyenne au bout de 124 heures. Avec le pansement avec l'ouate au sublimé, on observait cette séparation 96 heures après la naissance. Le pansement sec, comme nous l'avons déjà dit, accélère la chute du cordon.

Faut-il donner des bains les jours qui suivent la naissance ? Malgré l'autorité de Depaul, nous croyons avec Pinard que cette pratique est mauvaise. Elle ralentit la séparation du cordon, elle favorise l'infection de la plaie ombilicale.

Il résulte d'une statistique faite par Bastard (th. Paris 1897), à la clinique Baudelocque, que les bains retardent la chute du cordon.

Sur 110 enfants, d'un poids moyen de 3,453 gr., *non baignés*, le cordon est tombé :

	2 fois le	3 ^e jour
21	—	4 ^e —
26	—	5 ^e —
49	—	6 ^e —
8	—	7 ^e —
3	—	8 ^e —
1	—	9 ^e —

Moyenne : 5^e jour 4/10^e

Sur 110 enfants, d'un poids moyen de 3,266 gr., *baignés*, le cordon est tombé :

	4 fois le	5 ^e jour
17	—	6 ^e —
33	—	7 ^e —
34	—	8 ^e —
19	—	9 ^e —
3	—	10 ^e —

Moyenne : le 7^e jour 4/10^e.

Il est donc bon d'attendre que le cordon soit tombé pour donner à l'enfant son bain quotidien.

Dans ce court article nous avons voulu montrer au médecin combien il est important pour lui de surveiller attentivement la ligature du cordon au moment de la naissance, son pansement les jours suivants, jusqu'à ce que la petite plaie ombilicale soit cicatrisée. Ce faisant, il

évitera de terribles accidents qui peuvent coûter la vie à l'enfant : l'hémorrhagie ombilicale et toutes les affections inflammatoires de l'ombilic, si graves chez le nouveau-né.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce fait que l'érysipèle chez lui est presque toujours fatalement mortel.

Par une antisepsie soigneuse de la région on évitera à coup sûr ces désastreuses complications.

Nous disons donc, en résumé, qu'après avoir lié soigneusement le cordon, l'accoucheur devra le panser soigneusement et éviter toute cause de contamination extérieure pendant le temps qui s'écoule de la naissance à la cicatrisation de l'ombilic.

Le pansement aseptique avec des compresses stérilisées serait le pansement idéal, puisque Cobilovici a montré qu'avec lui le liquide recueilli au niveau du sillon est stérile. Malheureusement, ce pansement est impossible à employer dans la pratique. De plus, on lui reproche de retarder la chute du cordon, qui dans les expériences de Cobilovici ne s'est faite que le 8^e ou le 9^e jour. Un de nos collègues l'a même vue survenir le 12^e jour, chez un de ses enfants.

Il faut proscrire tous les anciens pansements au cérat, tous les pansements humides. Pinard a montré que le pansement sec, fait avec de l'ouate au bi-iodure, est le pansement idéal. Depuis que ce pansement a été adopté dans les services d'accouchements, le nombre des accidents a diminué dans des proportions considérables,

Pinard recommande de ne pas donner de bains au nouveau-né, jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie ombilicale. On évite ainsi les inoculations septiques, puisque sur 110 enfants non baignés, observés à la clinique Baudelocque, Bastard n'a rencontré que de légers accidents érythémateux ou de suppuration dans 6,3 p. 100 des cas, tandis que sur 110 enfants baignés, il a vu des complications dans la proportion de 19 p. 100.

Dans les maternités, il sera nécessaire de faire stériliser à l'étuve tous les objets qui servent à l'habillement des enfants. Grâce à cette précaution on évite une nouvelle cause de contamination par les linges souillés et insuffisamment désinfectés à la blanchisserie.

Enfin, lorsque le cordon est tombé, il faut observer soigneusement pendant quelques jours la région ombilicale, et ne cesser tout pansement qu'après s'être assuré qu'il n'y a pas au fond de l'ombilic une petite plaie qui pourrait devenir le point de départ de graves complications.

APPENDICITE ET GROSSESSE

Par M. P. Le Gendre,
Médecin de l'hôpital Tenon.

I

Parmi les nombreuses questions de détail que soulève l'étude des appendicites, il en est une qui n'a pas été abordée à ma connaissance dans les discussions de nos

sociétés, c'est l'existence de l'appendicite pendant la grossesse. J'en ai pu suivre récemment un cas, et il m'a paru que sa publication offrirait un certain intérêt.

Une jeune femme, que je soignais quand elle était jeune fille, avait eu depuis six ou sept ans des accès de douleurs abdominales, sur la nature desquelles plusieurs médecins qui l'avaient soignée avant moi n'étaient pas d'accord.

Il s'agissait de douleurs à début brusque, localisées au niveau de la fosse iliaque droite, durant quelques heures, un, deux ou trois jours, accompagnées parfois de vomissements abondants.

La première s'était montrée à l'issue d'une attaque d'influenza.

Depuis lors, il y en avait environ deux par an ; quelques-unes, ayant suivi des recrudescences d'une constipation habituelle, avaient été attribuées à l'engorgement cæcal ; d'autres, s'étant montrées au moment d'une époque menstruelle, avaient paru imputables à la congestion de l'ovaire droit.

Quand j'eus assisté à une de ces crises, je ne conservai pas le moindre doute sur leur siège véritable ; le point de Mac Burney était de la plus grande netteté. Les garde-robes contenaient des amas de mucus concret qui me firent admettre une entéro-colite légère, dont les recrudescences provoquaient périodiquement des poussées réactionnelles de l'appendice. Fait qui n'est pas exceptionnel, malgré les dénégations de M. Dieulafoy.

Un régime alimentaire bien réglé, des irrigations intestinales méthodiques semblèrent suivis d'une guérison, et la jeune fille se maria parfaitement bien portante.

Mais les voyages, les dîners en ville fréquents et les bals amenèrent, avec la fatigue physique, l'oubli de l'hygiène

alimentaire et intestinale. Au cinquième mois d'une première grossesse éclata une forte crise nettement appendiculaire, qui ne laissa pas de m'inquiéter; je me demandai quelle conduite il y aurait lieu de tenir si la crise ne se résolvait pas comme les précédentes par le repos, la diète et l'opium; la résolution se fit, mais plus lentement toutefois qu'à l'ordinaire; la crise dura cinq ou six jours au lieu de trois.

Huit jours avant l'accouchement, nouvelle crise qui fit croire d'abord au confrère appelé, le Dr Margery (de Sannois), qu'il s'agissait d'un début de travail.

L'enfant, qui vint au monde bien constitué dans le milieu de l'été dernier, succomba au bout de quelques jours à des accidents infectieux de cause mal déterminée, m'a dit M. Bar, qui avait assisté cette dame.

A partir de septembre jusqu'en décembre, trois petites crises eurent encore lieu, de plus en plus rapprochées; je ne fus appelé pour aucune d'elles, la malade ayant pris l'habitude d'appliquer elle-même la thérapeutique qui lui avait toujours si bien réussi. C'est après la troisième que mon avis fut redemandé.

Je soumis nettement au mari et à la mère la proposition de résection de l'appendice à froid, à laquelle j'avais fait allusion timidement, à vrai dire, même avant le mariage, mais naturellement sans trouver d'écho. Je fis valoir l'avantage qu'il y aurait à débarrasser la jeune femme avant qu'une nouvelle grossesse survint. La famille désira connaître à ce sujet l'opinion de M. Lancereaux, et une consultation eut lieu entre lui, le Dr Margery et moi.

Notre éminent collègue jugea qu'il n'y avait pas d'urgence à prendre cette décision, qu'avec une hygiène rigoureuse on empêcherait peut-être une nouvelle rechute, mais que, s'il y en avait une cependant, il y aurait lieu à faire intervenir le chirurgien. Plusieurs semaines d'irrigatio

intestinales, d'alimentation surveillée, parurent en effet réussir; et un commencement de grossesse se manifesta.

Une époque menstruelle avait fait défaut, lorsqu'une crise éclata. La seule cause qui ait pu être incriminée fut l'ingestion, dans un dîner en ville, d'un mets fermentescible (chevreuil mariné avec sauce poivrée). Mais c'est aussi l'époque à laquelle un nombre insolite d'appendicites était constaté dans Paris, puisque notre collègue Merklen signalait une « épidémie » d'appendicites et proposait la mise à l'ordre du jour de la question.

Quelle que soit la cause (entérite de cause alimentaire ou virulence saisonnière du coli-bacille), cette dame fut prise un soir de douleurs violentes débutant dans la fosse iliaque droite, avec vomissement. Peu après, la douleur envahit les régions hypogastrique, ombilicale et épigastrique, avec des caractères que la malade déclarait différents de ceux qu'elle avait dans les crises précédentes, par son intensité, sa diffusion, une sensation de déchirure interne, le ballonnement du ventre, la dyspnée.

M. Lancereaux et M. Walther, qui arrivèrent peu de temps après le début, jugèrent que l'appendicite s'accompagnait cette fois d'une réaction péritonéale très accentuée. La glace fut appliquée en permanence; ils prescrivirent la diète absolue et de très petits lavements laudanisés.

Le lendemain, la douleur spontanée était faible, mais la douleur provoquée nettement appendiculaire; le surlendemain, on percevait un petit noyau d'induration juste au niveau de la base de l'appendice, et nous assistions à la formation graduelle d'un plastron exsudatif au-devant du cæcum.

Nous convinmes, avec M. Walther, de laisser cette poussée inflammatoire se résoudre afin de réséquer l'appendice à froid, si la formation d'un abcès n'obligeait pas à interve-

nir d'urgence. La glace fut maintenue en permanence; nous ne permîmes, comme aliments, que de très faibles quantités de lait, de grog, de bouillon, et un peu plus tard de jaune d'œuf délayé; un lavement était donné quotidiennement avec la plus grande douceur.

Nous avions la satisfaction de constater, les jours suivants, la tendance du plastron précæcal à diminuer et à s'assouplir, avec des températures axillaires de $37^{\circ},2$ à $37^{\circ},8$ au plus (cette dame a ordinairement une température de $36^{\circ},5$), lorsque, deux jours avant la date où d'ordinaire se montraient les règles, la situation se modifia: l'empâtement autour du cæcum se mit à augmenter de nouveau, à s'élever vers l'angle du côlon, à s'étendre en largeur en redevenant plus douloureux; le facies se grippait; la température monta un soir à 38 degrés. M. Walther exprima la crainte qu'une collection purulente ne menaçât de s'ouvrir du côté de la cavité péritonéale, et se tint prêt à faire une intervention d'urgence.

Nous demandâmes à M. Jalaguier son impression, et, tout en approuvant ces préparatifs, il émit l'opinion que le mœmen menstruel, quoique entravé par l'état de grossesse, avait pu provoquer une poussée seulement congestive autour du foyer d'appendicite; si cette hypothèse était juste, la régression ne tarderait pas à s'accomplir.

C'est, en effet, ce qui se passa. Le lendemain, la masse pérityphlique cessait de s'accroître, puis diminuait et redevenait indolore, si bien qu'au bout de quinze jours la tumeur se trouvait réduite à un noyau allongé autour de l'appendice; la palpation permettait de constater que cet organe était relevé le long du cæcum, et on sentait même au niveau de son point d'insertion un corps arrondi comme un ganglion.

La résection fut décidée huit jours avant la prochaine

époque menstruelle. M. Bar s'assura que l'utérus en rétroflexion avait bien la dimension d'une grossesse de dix semaines environ et approuva l'intervention. Nous n'étions pas naturellement sans craindre un avortement. Mais les choses se passèrent le mieux du monde.

L'appendice noueux et recroquevillé, relevé en point d'interrogation, perforé à sa base, fut réséqué ; on enleva en même temps la petite gangue d'exsudat inflammatoire avec le ganglion qui avait été diagnostiqué au palper.

Un drain de gaze iodoformée suivant le procédé de Mikulicz et un tube furent laissés ; la malade resta à la diète complète, avec des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les suites opératoires furent parfaites ; aucune réaction de l'utérus ne s'est manifestée depuis quatre mois que l'opération a été faite, et la grossesse continue son cours.

CONCLUSIONS. — Les points dignes d'attention dans cette observation me paraissent être :

1° L'aggravation par la grossesse de crises appendiculaires, qui auparavant avaient toujours été remarquablement bénignes ;

2° La poussée congestive survenue par le fait du moli-men menstruel au cours de la régression du foyer de pérityphlite, interrompant cette régression et simulant la formation d'un abcès secondaire, puis diminuant les jours suivants.

3° La possibilité d'enlever à froid l'appendice entre deux époques menstruelles sans provoquer d'avortement.

L'observation suivante, que mon collègue Tuffier a

bien voulu me communiquer, est confirmative de ce que je viens de dire.

Trois grossesses. — Trois poussées d'appendicite, résection de l'appendice, guérison, par M. le Dr TUFFIER, professeur agrégé, chirurgien de la Pitié.

M^{me} X..., 34 ans, est d'une constitution vigoureuse et n'a jamais eu aucun trouble intestinal ou gastrique, sauf une constipation assez opiniâtre.

Il y a 8 ans, elle eut au cours de sa première grossesse, vers la fin du huitième mois, des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde, et l'intensité des symptômes est accusée par une température oscillant entre 38° et 40° pendant 15 jours, dont les 8 derniers furent marqués par un délire continu. Le tout disparut brusquement par l'ouverture d'un abcès dans le cæcum et l'expulsion par l'anus d'une quantité énorme de pus fétide. La grossesse n'en continua pas moins et la malade sortit saine et sauve de ces accidents.

Un an après, nouvelle grossesse, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite avec poussées intermittentes fébriles et vomissements qui nécessitèrent le séjour au lit pendant toute sa durée. L'accouchement eut lieu à terme, et depuis cette époque cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse il y a quatre mois, c'est-à-dire 7 ans après la première; nouvelles douleurs dans le flanc droit dès le second mois, ces douleurs s'accompagnent d'un gonflement de la région; la malade reste alitée, et je suis appelé par M. le Dr Selle pour l'examiner. Je porte le diagnostic d'appendicite, et l'absence de fièvre, le gonflement bien

limité et circonscrit, me font penser à une appendicite sans suppuration.

Glace, opium, immobilité absolue. Les douleurs continuent à s'aggraver, et après un mois d'hésitation que nous imposait l'état de grossesse, le gonflement ayant persisté et l'état douloureux devenant plus intense, je consentis à intervenir.

Le 30 janvier 1897, à la maison de santé de la rue Bizet, avec le concours de M. le Dr Selle et de M. Bresset, je pratique l'incision classique et je trouve d'abord dans la fosse iliaque une tumeur kystique de l'ovaire droit, du volume d'une orange; j'en pratique l'extirpation, puis au milieu des adhérences épiploïques j'isole le cæcum, et à sa partie postérieure je trouve l'appendice fibreux, long de 7 à 8 centimètres, intimement soudé à la face postérieure du cæcum; je l'isole péniblement, et arrivé à son extrémité libre, je suis obligé de disséquer l'appendice des parois cæcales, épaissies et fibreuses. Résection au thermocautère et suture. L'appendice avait conservé sa lumière, mais il était fibreux, son canal étroit, et à son extrémité aveugle il contenait un gros calcul pierreux, d'origine stercorale.

La guérison opératoire se fit sans incident. J'ai revu la malade le 7 avril : elle se porte à merveille, elle ne souffre pas et sa grossesse continue sans encombre.

II

STATISTIQUE DE 25 CAS D'APPENDICITE. RÉFLEXIONS SUR L'ÉTIOLOGIE, LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT.

J'ai apporté ma contribution à l'enquête sur les conséquences des interventions opératoires, en produisant

une petite statistique composée de *vingt-cinq cas* d'appendicite que j'ai suivis et dont je possède les observations; j'aurais pu la grossir en y comprenant une douzaine de cas que j'ai vus une seule fois dans des services hospitaliers ou dans la clientèle; mais comme je n'en ai gardé qu'un souvenir trop peu précis et que je ne sais ce qu'ils sont devenus, je craindrais de fausser ma statistique en les y comprenant.

Dans ces 25 cas, aucun doute ne peut planer à mon avis sur l'exactitude du diagnostic; tous se sont accompagnés à un moment donné des signes physiques pathomonomiques ou d'élévation thermique, et aucun ne pouvait être confondu avec les pseudo-appendicites hystériques dont nous ont parlé MM. Rendu et Talamon.

Statistique de vingt-cinq cas d'appendicite.

Non opéré; mort, péritonite généralisée et broncho-pneumonie; perforation constatée à l'autopsie.....	1
Opérés d'urgence pour péritonite généralisée, morts...	2
Opérés à froid et guéris.....	7
Non opérés et guéris.....	15

Dans le premier de ces cas, dont j'ai déjà publié l'histoire en 1894, c'était l'existence d'une broncho-pneumonie étendue qui m'avait en grande partie empêché de faire opérer la malade. Je l'ai d'autant plus regretté que dans un autre cas un malade a été opéré avec plein succès, malgré l'existence de cette complication.

De l'examen de ma statistique découle une fois de plu

le contraste saisissant entre la bénignité de l'intervention à froid et l'inanité à peu près constante des tentatives chirurgicales quand la perforation a été suivie de péritonite généralisée.

Parmi mes quinze malades guéries, il y en a une qui n'a pas eu de rechute depuis 10 ans, après avoir eu une demi-douzaine de crises ; d'autres n'ont pas eu de récurrences depuis 7 ans, 1 depuis 6 ans, 1 depuis 5 ans, 2 depuis 4 ans ; les autres sont de plus fraîche date.

Au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, je répéterai ce que j'ai dit plusieurs fois. Je crois que le syndrome de l'appendicite est un mode de réaction uniforme dans son essence, quoique variable dans son intensité, contre les causes agressives les plus diverses : corps étrangers exceptionnellement, boulettes fécales moins rarement, propagation d'une entéro-colite le plus souvent, cette colite pouvant être mucino-membraneuse, comme dans plusieurs de mes cas, infectieuse, ulcéreuse ou non, tuberculeuse assez souvent.

Je pense qu'au point de vue pathogénique la conformation de l'appendice, sa longueur, son calibre, sa torsion, ses insertions vicieuses, les adhérences antérieures, expliquent l'inégalité de la réaction contre des causes identiques. Tel pourra avoir de nombreuses poussées de colite sans réaction appendiculaire ; tel autre aura son appendice en révolte à chaque crise de typhlite catarrhale. Il y a aussi sans doute une part à faire à la virulence des microbes et je suis prêt à accepter même, pour certains

cas, la théorie du « vase clos », qui me paraît pourtant exceptionnelle d'après les faits publiés.

La nécessité d'un traitement diététique et hygiénique s'impose après la guérison, si on veut qu'elle se maintienne, et même après la résection, si la cause était une entéro-colite d'ordre diathésique ou alimentaire. La plupart des malades de ma statistique étaient des *dyspeptiques* et plusieurs avaient de la *dilatation de l'estomac* avec stase habituelle des aliments, fermentations secondaires. Deux sont des *obèses*, deux sont *diabétiques*.

Quant au traitement médical à suivre au début de chaque crise, je saisis l'occasion de formuler de nouveau, et presque dans les mêmes termes qu'il y a trois ans, mon opinion ; il se résume dans la formule suivante : *diète absolue, immobilité absolue, opium et glace*. C'est le traitement que j'ai mis en œuvre dans les quinze cas qui ont guéri et à chaque rechute ; ma conviction est que ce traitement est celui qui donne le plus de chances d'éviter la perforation et l'opération, si on veut l'éviter. Je m'élève donc avec conviction contre l'opinion que nous avons déjà combattue ici il y a trois ans et qui vient d'être défendue de nouveau à l'Académie par M. Just Lucas-Championnière.

Les purgatifs dont il vante les effets bienfaisants, je continue à les considérer comme la principale cause des accidents quand il en survient. Après les premiers jours de constipation, j'autorise les irrigations intestinales faites avec les plus grands ménagements.

En réfléchissant à la bénignité de la résection faite à

froid (7 guérisons sur 7 cas, dont 1 pendant la grossesse), je suis tout disposé à préconiser la *résection après une première atteinte dont le diagnostic a été certain*.

Toutefois, comme il y a bon nombre de cas où le diagnostic demeure en suspens à cause de la bénignité de cette première atteinte, et comme la statistique me montre que sur 25 cas il y a eu 15 guérisons, dont plusieurs datant de plusieurs années, je crois qu'on est autorisé à surseoir après une première atteinte légère et à la condition d'avertir l'entourage des conséquences possibles. Après une seconde crise, je considère qu'il y a indication formelle à la résection.

A PROPOS DE LA BICYCLETTE

Par M. **Le Gendre**.

M. L. H. Petit (de Menton) a publié récemment à la Société des hôpitaux des cas d'accidents graves ou mortels causés par la bicyclette. A ce propos, j'ai cru pouvoir rappeler l'étude que j'ai faite antérieurement de la question.

Je crois avoir le premier, à une époque déjà éloignée, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu à Besançon en 1893, attiré l'attention du public médical et des familles sur les inconvénients que peut avoir l'abus de la bicyclette pour certains sujets ; je visais particulièrement les enfants pendant la

période de croissance, les adolescents, et je n'avais pas eu en vue exclusivement la bicyclette, mais tous les sports intensifs (1). J'avais constaté dans ma clientèle plusieurs cas de surmenage, de cœur forcé et même un cas d'hématome du psoas iliaque avec hémorragie intestinale à la suite d'abus de bicyclette. J'insistais sur la nécessité de faire examiner par un médecin chaque enfant avant de lui permettre de se livrer sans réserve à cet exercice. Ma communication eut quelque retentissement; les membres de la section de médecine de l'Association me chargèrent de faire sur la question un rapport que je lus l'année suivante à Caen.

Ce rapport concluait :

1° A faire examiner chaque enfant par un médecin, avant de le laisser se livrer à tel ou tel exercice physique ;

2° S'il y a quelque tare des appareils circulatoire, locomoteur, digestif ou du système nerveux, à interdire les exercices qui peuvent l'aggraver ;

3° A exiger toujours un entraînement progressif ;

4° A encourager l'exercice, mais à faire la guerre au sport dans les établissements scolaires.

Après une chaude discussion, ces conclusions furent adoptées par la section de médecine du Congrès, comme vœu à soumettre au ministre de l'Instruction publique. Parmi les sports, partisans et adversaires avaient visé

(1) De quelques accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance. *Bulletin de l'Association*, 4 août 1893.

surtout la bicyclette ; c'est pourquoi je n'ai pas cru sortir du débat actuel en rappelant mon rôle modeste, mais non pas inutile, je crois, en cette circonstance.

Je dois dire qu'à cette époque d'aucuns me traitèrent de réactionnaire, m'accusèrent de dénigrer un sport qui fait la joie des enfants et la tranquillité des parents ; je laissai dire, satisfait que l'opinion publique se fût émue, et certain de n'avoir pas dépassé dans mes critiques la mesure ; je pratiquais la bicyclette et ne l'ai pas négligée depuis ; je me suis tenu au courant de la littérature sur la question et je crois pouvoir formuler aujourd'hui à peu près la même opinion qu'alors.

Hormis les traumatismes et peut-être quelques cas de surmenage, je ne pense pas que la bicyclette puisse en général créer de maladies ; mais je suis convaincu qu'elle met en évidence des tares secrètes, qu'elle rend apparentes en les exagérant des maladies latentes.

Pour le *cœur* en particulier, j'ai vu plusieurs cas de rétrécissement mitral congénital (qui, on le sait, est fréquent chez les jeunes filles), latents jusqu'au jour où la jeune fille a commencé la bicyclette, se traduire, à partir de ce moment, par des symptômes pénibles.

Mais je ne pense pas que la tachycardie et les palpitations qu'on constate chez certains bicyclistes soient toujours la conséquence d'une malformation cardiaque. J'ai vu plusieurs sujets chez lesquels ces troubles cardiaques avaient pour cause réelle l'*imperméabilité nasale* par suite de déviation de la cloison, de rhinite hypertro-

pique, de végétations adénoïdes. Vous savez tous qu'il est impossible d'aller à bicyclette à une allure assez vive si on respire par la bouche ; la conséquence de ce mode de respiration non physiologique est l'essoufflement rapide et la tachycardie. Les individus dont je parle, qui étaient sur le point de renoncer à la bicyclette par suite de ces troubles, ont pu s'y livrer sans inconvénient quand on a eu rétabli chez eux la perméabilité nasale par des traitements appropriés.

Je signalerai également un fait qui m'a surpris d'abord la première fois qu'il m'a été signalé, mais dont j'ai observé maintenant plusieurs cas. Des jeunes filles ou jeunes femmes ayant des *règles trop abondantes*, mais sans dysménorrhée ni douleur provoquée des organes génitaux, ont vu le flux menstruel s'atténuer en faisant de la bicyclette pendant la durée de leurs règles. Par contre, d'autres, qui étaient aménorrhéiques ou n'avaient qu'un très faible écoulement sanguin, ont ramené les règles à l'abondance normale par l'usage méthodique du vélocipède. Je pense donc que, quand il n'y a pas à proprement parler de maladie de l'utérus ou des annexes, on peut autoriser, et même j'incline à conseiller l'usage de la bicyclette avant et pendant les règles, avec la prudence convenable, bien entendu.

J'ajouterai quelques réflexions concernant le *côté psychologique* de la question.

La bicyclette n'est pas un sport comme les autres. Elle s'en distingue précisément par cette anomalie que la

fatigue, la tachycardie et les autres inconvénients sont comme dissimulés à l'individu qui s'y livre, trompé qu'il est par la facilité même avec laquelle cet exercice est accompli.

Cette dissimulation du danger résulte d'abord des perfectionnements apportés à la machine. Rien n'est plus instructif à ce point de vue que la comparaison entre ce qui se passait il y a une trentaine d'années, quand on a imaginé le vélocipède à deux roues, et ce que nous avons vu depuis quinze ans que l'instrument a subi un véritable avatar, grâce aux transformations que vous savez. En 1869, je cultivais le grand bicycle avec mes amis de collège; les accidents traumatiques n'étaient pas rares. Nous nous faisions assez souvent des entorses ou des fractures, mais nous ne nous surmenions pas. Depuis l'ère de la bicyclette, nous avons vu nos enfants se surmener, d'abord à cause de la facilité avec laquelle s'accroît insensiblement la rapidité de la course, et aussi, comme l'a bien montré mon ami le Dr Ph. Tissié (de Bordeaux) dans un remarquable mémoire, en vertu de l'état cérébral particulier que développe la course par sa rapidité et la régularité monotone des mouvements. C'est une sorte d'inhibition de certaines parties du cerveau, d'*automatisme*, comme dit Tissié, par suite duquel la conscience de certaines sensations physiques s'engourdit, de même que la pensée s'obnubile; cette sorte d'anesthésie, comparable de très loin, sans doute, à celle du *taschich*, est même un des charmes de la course rapide à

bicyclette; elle explique que beaucoup de gens lui demandent et en obtiennent l'oubli momentané des inquiétudes et des chagrins. Mais elle explique aussi que l'abus puisse suivre de près l'usage et que les inconvénients qui en peuvent découler soient pendant un certain temps masqués, pour ainsi dire, au principal intéressé.

MÉNINGISME ET MÉNINGITES (1)

Par le Dr **G. Pochon**,
Ancien interne des hôpitaux.

L'alcoolisme, les excès de toute sorte paraissent avoir aussi une grande action prédisposante. On étudiera avec soin le passé du malade, on cherchera les convulsions de l'enfance; s'il a eu des maladies antérieures, la prédominance des formes nerveuses sera un fait important.

Les stigmates d'hystérie seront observés avec soin, et on tiendra compte des manifestations insolites, pouvant relever de la névrose, qui seront observées au cours des troubles méningés. « Les hystériques peuvent présenter une réunion de symptômes simulateurs d'une maladie, mais il faut bien se rappeler que la ressemblance avec cette maladie n'est jamais absolue, et qu'elle peut être toujours trouvée en défaut par un point quelconque. »

(1) Voir nos de janvier, p. 12, de février, p. 46, de mars, p. 92, d'avril, p. 106, et de mai 1897, p. 139.

(Huchard.) C'est ce défaut qu'il faudra surveiller attentivement.

On pourra ajouter à l'observation l'examen électrique. Les réactions se troublent beaucoup plus vite, quand il y a des paraplégies, dans les paralysies organiques que dans celles de l'hystérie.

M. Hayem fait l'étude du sang; pour lui on relève toujours une augmentation plus ou moins grande du nombre de globules blancs dans la méningite tuberculeuse; rien de pareil ne s'observe dans le méningisme.

Il n'en est pas de même dans les troubles dus à une infection, ou quand il y a infection concomitante; ce caractère peut être ajouté aux éléments de diagnostic dont nous parlions tout à l'heure.

Parfois, ce ne sera que plus tard que la nature vraie des accidents méningés sera reconnue. Quand un enfant ayant présenté ces troubles deviendra plus tard hystérique, on sera en droit de conclure qu'il a présenté des phénomènes de méningisme.

Enfin il est des incidents hystériques, non méningés, qui peuvent par certains caractères en imposer pour du méningisme; ainsi le cas rapporté par Charcot dans les « Leçons du mardi », 1880, n° 14. Le diagnostic est parfois des plus difficiles, ainsi que le prouve cette observation; ce n'est que par une étude très attentive et une grande expérience qu'on pourra éviter l'erreur.

Pronostic.

Il faut envisager deux choses : l'évolution et la terminaison des troubles méningés d'une part ; d'autre part il y a lieu de rechercher ce que deviennent dans la suite les sujets malades.

Le pronostic immédiat varie selon la forme à laquelle on a affaire. Sauf les méningites d'origine otique, dont la gravité est augmentée par le voisinage des cavités suppurées et par la crainte des complications liées à la suppuration, les méningites infectieuses guérissent le plus souvent, quand elles ne sont que partielles.

Ici encore il faut tenir grand compte du terrain. Chez un sujet normal, sans tare nerveuse, la présence d'une méningite est toujours plus grave, parce que l'intensité des symptômes indique une lésion étendue.

Au contraire, chez un névropathe, en raison de l'extrême sensibilité des méninges et de la violence de leur réaction, on pourra se trouver en présence de symptômes très alarmants provoqués par une lésion légère.

Le méningisme vrai n'est pas grave ; c'est précisément la grande fréquence de la guérison qui a frappé tout d'abord les observateurs.

Mais ce pronostic, il est souvent impossible de le porter, parce qu'on méconnaît la véritable nature des accidents, ce n'est qu'après leur disparition qu'on peut les interpréter.

C'est pour l'avenir du malade que la constatation du

méningisme a la plus grande importance. Si on examine les observations de sujets qui ont été revus quelques années plus tard, on remarque que presque tous sont devenus névropathes, qu'ils ont présenté des stigmates d'hystérie. En un mot, leur constitution nerveuse, dont les accidents antérieurs étaient la signature, s'est développée ultérieurement. On pourra donc considérer tout enfant ayant présenté du méningisme comme prédisposé à l'hystérie, qui se manifestera à une époque variable.

Que faut-il penser des observations de récurrence de méningisme, qui se sont terminées par une méningite mortelle? Ces faits prouvent l'existence d'une lésion vraie, d'abord très limitée, qui a provoqué les troubles primitifs. A un certain moment la lésion peut se généraliser et provoquer la mort.

Donc, au point de vue du pronostic encore, il faut séparer la méningite du méningisme.

Traitement.

Le traitement doit varier avec chaque forme, on peut presque dire avec chaque cas.

Les méningites d'origine otique relèvent exclusivement de l'action chirurgicale exposée en détail dans l'ouvrage de MM. Broca et Maubrac.

Les méningites infectieuses guérissent souvent, mais il existe des cas de mort. Il nous semble que dans les formes graves, surtout après le perfectionnement des

moyens de diagnostic, on sera autorisé à agir comme on l'a fait en Angleterre pour la méningite tuberculeuse; nous voulons parler de la trépanation avec drainage des méninges. Les tentatives faites sur la méningite tuberculeuse, aussi bien à Londres qu'à Paris par M. Lannelongue, n'ont pas donné de résultat favorable. Cependant, à côté des faits négatifs de Walsham et de Pasteur (Middlesex hospital), Wallis Ord, de Waterhouse cite plusieurs cas de guérison de méningites dont la nature tuberculeuse n'a pas été établie. Cette remarque nous paraît présenter un très grand intérêt.

Le traitement des symptômes est celui de la méningite tuberculeuse; nous n'avons pas à insister.

Il nous a semblé que l'iodure de potassium avait une influence marquée dans certains cas. M. Comby a obtenu d'heureux résultats de l'administration, à haute dose (3 grammes par jour chez les enfants), de l'antipyrine dans les formes de nature grippale.

Enfin, le traitement du méningisme relève de celui de l'hystérie doublé de la médication symptomatique.

TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE

Par le Dr A. Josias.

L'enfant sera placé dans une chambre vaste, bien aérée et suffisamment éclairée; son lit, sans rideaux, ne sera pas exposé aux courants d'air et restera protégé par

un paravent. Il importe de ne pas placer ses malades en pleine lumière, en raison de leur photophobie. La chambre sera maintenue à une température constante de 17° à 18° ; lorsque le temps le permet, il ne faut pas craindre de renouveler l'air et d'ouvrir largement les fenêtres.

Tous les jours, matin et soir, on lavera le visage et les organes génitaux avec de la ouate hydrophile imbibée d'eau bouillie, ou d'une solution d'acide borique à 3 0/0 ; les lavages de la bouche pourront être combinés avec des badigeonnages légers de la gorge, pratiqués avec douceur ; on se servira d'un tampon de ouate, qu'on trempera au préalable dans un collutoire boraté.

Clycérine.....	30 grammes
Borax.....	3 —

Nous proscrivons les irrigations nasales qui sont susceptibles de provoquer des otites et nous préférons le nettoyage des fosses nasales avec un tampon de ouate, mince, effilé, et qu'on imbibe de vaseline stérilisée ou boriquée.

Si la rougeole est simple, sans aucune complication, elle ne réclame que des soins hygiéniques. Il faut savoir s'abstenir des médications intempestives (Trousseau). Pendant la période aiguë de la maladie (invasion et éruption), les enfants peuvent boire des boissons tièdes, des infusions de bourrache, de mauve, de l'eau rouge sucrée, et, de préférence, du lait ou de la limonade cuite ; si la

fièvre est modérée, on peut autoriser du bouillon, des potages, des œufs, du jus de viande, de la gelée de viande. On ne saurait trop protester contre la diète, en présence d'une maladie débilitante par elle-même. La laryngite et la toux du début pourront être calmées par des applications répétées d'eau chaude sur le cou, par de la vapeur d'eau accumulée dans la chambre, et par l'administration de potions calmantes à l'aconit, au bromure de potassium. On peut se contenter d'un looch blanc, additionné de 0 gr. 50 à 1 gramme de bromure de potassium (Cadet de Gassicourt), ou d'une des potions suivantes :

Alcoolature de racines d'aconit	V à XX gouttes
Extrait thébaïque.....	0, 01 centigr.
Sirop d'éther.....	10 à 20 gr.
Julep gommeux.....	60 grammes.

A prendre par cuillerées à café toutes les heures.

Infusion de fruits pectoraux..	100 grammes.
Alcool d'aconit (feuilles).....	X à XX gouttes.
Sirop de baume de tolu.....	15 grammes
Sirop de codéine.....	15 —

A prendre par cuillerées à dessert, toutes les heures.

Infusion de racines d'ipéca	
dans 100 grammes d'eau...	0,20 centigr.
Nitrate de potasse.....	2 grammes
Eau de laurier-cerise.....	1 gr. 50
Sirop diacode.....	10 grammes

A prendre par cuillerées à dessert toutes les heures.

La conjonctivite simple sera traitée par les lotions répétées avec une solution d'acide borique à 3 p. 100; le coryza sera modifié par des lotions fréquemment renouvelées sur le nez, les narines, avec cette même solution chaude, et par l'introduction dans les narines de vaseline liquide, à laquelle on pourrait incorporer de l'acide borique à 1 pour 10, de l'acide salicylique 1 pour 15, de la résorcine 1 pour 20.

Les convulsions du début, les épistaxis, les diarrhées légères ne comportent aucune thérapeutique, car ces symptômes sont passagers et de peu d'importance.

L'éruption, qu'on favorise le plus souvent par l'usage de boissons aromatiques chaudes, des stimulants diffusibles comme l'acétate d'ammoniaque, n'appelle aucune intervention médicamenteuse.

Dans les cas simples, bénins, les enfants seront astreints à garder le lit six à huit jours après la période d'éruption, et ne devront pas être autorisés à faire leur première sortie avant le quinzième ou le seizième jour.

Les **Formes cliniques** de la rougeole comportent des indications spéciales, basées sur la prédominance des symptômes observés.

La forme inflammatoire sera avantageusement combattue par l'emploi des bains tièdes, des lotions froides, des cataplasmes sinapisés sur le dos, la poitrine, des préparations quiniques.

La forme pulmonaire ou suffocante, éminemment grave, se montre assez commune dans certaines épidémies (bronchite épidémique, capillaire) ; elle est justiciable de la médication tonique et des révulsifs : application, sur le dos et la poitrine, de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés ; prescription de la potion de Todd, ou à l'acétate d'ammoniaque, de la poudre de Dower à la dose de 5 à 10 centigrammes, injection de caféine, 10 à 20 centigrammes.

La forme hémorrhagique est rare et extrêmement grave ; elle comporte l'emploi de la médication tonique : alcool, quinquina, musc, valériane, caféine ; les inhalations d'oxygène, les injections d'éther et de caféine.

La forme ataxo-adynamique sera modifiée avantageusement par la balnéation froide, la médication tonique et les lavements de chloral.

Les **Complications** de la rougeole ont une importance très grande en thérapeutique. Nous allons les étudier à ce point de vue.

(A suivre.)

(Journal des Praticiens, 1897, n° 22.)

Le Gérant : G. STEINHEIL.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

· Août 1897.

SOMMAIRE :

De la puériculture. — Réponse à M. Bertillon, par M. le Professeur A. PINARD.....	225
L'hystérie infantile, par M. P. BÉZY.....	240
Les lavements d'eau purgative dans la constipation habi- tuelle des nourrissons.....	254

DE LA PUÉRICULTURE

Réponse à M. Bertillon,

Par le Professeur **Adolphe Pinard** (1).

Tout ce qui touche à la puériculture m'intéresse passionnément. Or M. J. Bertillon a fait à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle une communication intitulée : la Puériculture à bon marché (2).

(1) Voir *Revue scientifique*, t. VIII, 4^e série, n^o 5.

(2) *La Puériculture à bon marché*, par M. J. BERTILLON, chef des travaux statistiques de la ville de Paris. Mémoire communiqué à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle dans la séance du 31 mars 1897 et publié dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n^o d'avril, p. 811.

Je dois déclarer immédiatement que si ce travail avait été communiqué par un inconnu, j'aurais pensé tout simplement que cet inconnu était un homme aussi animé de bons sentiments qu'étranger aux choses dont il parlait, et je m'en serais tenu là. Mais il n'en est point ainsi ; ce mémoire est signé Jacques Bertillon, nom qui porte en soi un caractère sérieux que soutiennent bien les travaux antérieurs du chef des travaux statistiques de la ville de Paris, et qui, par cela même, donne de l'autorité à tout ce qui s'abrite sous lui. De plus, M. Jacques Bertillon ne parle généralement que de choses qu'il connaît. Dans ces conditions, je n'ai pas cru devoir m'abstenir, et je vais essayer de lui démontrer que les principes sur lesquels il s'appuie, que les moyens qu'il préconise pour élever très bien les enfants *sans dépenser beaucoup d'argent* sont, à mon avis du moins, la négation de toute puériculture bien comprise et aboutiraient à des résultats absolument contraires à ceux qu'il recherche.

M. Bertillon pose d'abord ces prémisses :

« Pour arriver à un minimum de dépense, il faut fabriquer en grand, c'est une nécessité industrielle ; il en est de même en puériculture. Pour élever les enfants à bon marché, il faut en élever beaucoup à la fois. »

Cette idée de réunir un grand nombre d'enfants, émise par un membre d'une Société d'hygiène, fera de suite, j'en suis convaincu, sursauter tous les hygiénistes et tous ceux qui passent leur temps à chercher les mesures à prendre pour lutter contre les dangers, contre les méfaits de l'a

glomération des êtres sains ou malades. M. Bertillon ne nie pas ce danger, je le reconnais, puisqu'il dit : « Une collection d'enfants est assez comparable à une poudrière ; il suffit d'une seule étincelle, je veux dire d'un seul germe nuisible, pour mettre le feu aux poudres. » Pour éviter ce danger, voici la nouveauté proposée par notre confrère : réunir les enfants, en les isolant et en les désinfectant. Faire, en un mot, pour les enfants, ce que M. Tarnier a essayé de faire autrefois pour les parturientes. Ce paradoxe apparent se comprend en allant au fond des choses. C'est la masse des enfants qui, dans cette vue de l'esprit, sera isolée du monde en général et des infiniment petits en particulier.

De là, une série de moyens à prendre tels que : établissement comportant au moins deux lazarets, une étuve à vapeur constamment sous pression, puis une grande *nursery* n'ayant qu'une porte, porte franchie seulement par des personnes et des objets désinfectés, c'est-à-dire sortant du bain ou de l'étuve, infirmières cloîtrées, etc.

Je ne veux pas rechercher ici comment s'opérerait le recrutement d'*infirmières cloîtrées* et de *parents consentant à ne communiquer avec leurs enfants qu'à travers une glace*. J'admets que ce recrutement puisse se faire. Mais M. Bertillon a-t-il réfléchi au personnel qui sera nécessaire pour laver, baigner, désinfecter et soigner les objets et les enfants ? A-t-il pensé au nombre des personnes indispensables au bon fonctionnement d'un tel service ?

soupçonne que ce point a été négligé par lui ; ce soup-

con se change en certitude, quand je lui vois rapprocher ces trois mots : isolement, désinfection, bon marché. En théorie, ces trois mots ou ces trois principes peuvent être solidaires ; ils ne le sont pas en pratique, loin de là : ils se repoussent quand il s'agit, bien entendu, de l'isolement d'une agglomération d'individus.

Quel est l'établissement qui, à l'heure actuelle, se rapproche le plus de l'établissement idéal qu'on nous propose ? Je n'en vois qu'un, c'est la Pouponnière de Porchefontaine. Eh bien, que coûte un enfant à la Pouponnière ? Environ *quinze cents francs par an* ! Qu'on ne croie pas que j'exagère. En lisant le rapport si remarquable fait par l'un des plus compétents philanthropes et des plus éclairés, sur le fonctionnement de cet établissement, voici, en plus des chiffres ci-dessus indiqués, l'appréciation qu'on y trouvera :

« La Pouponnière de Porchefontaine est une institution excellente, *mais qui, par le fait de ses dépenses, lesquelles sont la condition même de ses réussites hygiéniques*, n'est pas susceptible de grand développement. Le dévouement et l'intelligence de ses fondatrices, la science et l'expérience de son conseil médical, la générosité de ceux qui lui fournissent ses ressources ont permis de réaliser des miracles au point de vue de l'abaissement de la mortalité, mais ces merveilles d'hygiène n'ont été obtenues qu'en lui imposant des charges sous lesquelles elle succombera dans un temps plus ou moins éloigné. Ce n'est pour le moment qu'une œuvre individuelle. Que l'une des condi

tions qui ont assuré son succès disparaisse, lorsque les dames qui la dirigent seront, dans le cours des temps, remplacées par d'autres moins dévouées ou simplement moins favorisées par les circonstances, l'œuvre périlitera. Aux portes de cet asile, les causes de mort sont là, agissantes, toutes prêtes à pénétrer par la moindre fissure. Un instant de négligence, et elles fondront sur leur proie. La Pouponnière n'est actuellement qu'une expérience de laboratoire tout à fait réussie, mais, nous le craignons, fragile et précaire (1). » Ce qui se dégage de plus frappant et de capital au point de vue qui nous occupe dans les lignes ci-dessus, est la phrase suivante : « *Dépenses qui sont la condition même des réussites hygiéniques.* » Voilà ce que la pratique révèle partout et toujours là où l'on veut rassembler des enfants en respectant les lois de l'hygiène. Voyez ce qui se passe dans les crèches. Demandez à l'éminent Inspecteur général de l'Assistance publique, M. Napias, lui, le philanthrope, l'économiste, l'hygiéniste par excellence, s'il ne combat pas le grand nombre, et si le respect de l'hygiène dans ces conditions mène à l'économie.

Je n'insisterai pas davantage pour faire comprendre que, dans le projet de puériculture à bon marché proposé par M. J. Bertillon, les mots *bon marché* doivent être rayés. Reste à examiner maintenant la question *puériculture*.

Pour très bien élever les enfants, M. Bertillon dit : « *Les enfants seront tous nourris au lait stérilisé, la nourri-*

(1) L. BRUEYRE. Les Pouponnières. V, *Revue d'Assistance*, 1897.

ture au sein doit être forcément bannie d'un établissement qui vise au bon marché. »

Ainsi, voici proclamée sans ambage la toute-puissance du lait stérilisé. *Le lait stérilisé peut remplacer, même avec avantage, le lait de la femme; le lait de la femme est, à l'heure actuelle, une chose négligeable !*

Pour oser proclamer une affirmation aussi grosse de conséquences, sur quoi, sur qui s'appuie M. Bertillon ? Sous quelle autorité de faits ou de noms devons-nous nous incliner ? Je cherche dans la communication et ne trouve pas. M. Bertillon ne cite ni fait ni nom, et se contente d'affirmer qu'il est un partisan convaincu du lait stérilisé, et voilà tout. Eh bien, ce qu'il ne fait pas, nous allons le faire et exposer la valeur du lait stérilisé, telle que nous avons pu l'apprécier en l'étudiant et en l'expérimentant depuis dix ans dans une grande Maternité, soit à la Maternité de Lariboisière, soit à la clinique Baudelocque.

L'emploi du lait stérilisé fut conseillé probablement pour la première fois en France par le professeur Alphonse Herrgott, de Nancy (1). Après l'avoir expérimenté, je l'ai introduit officiellement à la Maternité de Lariboisière que je dirigeais alors, en 1888, et je l'ai toujours employé depuis cette époque. Mon maître, le professeur Tarnier, l'a étudié plus que tout autre à la Maternité. Et à mon tour, je viens avec lui répéter, affirmer, proclamer bien haut que *le lait de la femme pris au sein est et sera toujours supérieur à*

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1893, p. 145.

tous les laits stérilisés, maternisés, imaginables, et que le lait stérilisé ne sera jamais pour le nouveau-né qu'un pis-aller. Tout ce qui se passe et qu'on peut observer dans les Maternités le prouve. Il n'est pas une statistique intégrale qui ne vienne confirmer notre affirmation.

Pour vanter la supériorité du lait stérilisé, on a montré, on a publié des courbes d'accroissement remarquables, mais ces courbes se rapportent à des observations isolées ; or personne n'ignore que tous les soldats qui vont sur le champ de bataille ne meurent pas. Il en est même qui reviennent de leurs campagnes plus vigoureux ; que dirait-on si l'on montrait ceux-là pour prouver que la guerre fait courir aux soldats moins de dangers que la paix ? L'exhibition de ces courbes isolées a la même valeur pour démontrer la supériorité du lait stérilisé. Qu'on cite donc une Maternité où les enfants nouveau-nés nourris au lait stérilisé ne meurent pas plus et se développent aussi bien que dans les Maternités où les enfants sont allaités au sein. On ne la citera pas, parce qu'elle n'existe pas.

Qu'on prenne cent enfants nouveau-nés allaités au sein par leur mère, et cent enfants nouveau-nés allaités avec le meilleur lait stérilisé dans les conditions réputées parfaites, et qu'on compare le résultat au bout de six mois. J'affirme qu'il n'y aura aucune comparaison à établir. Les premiers seront plus nombreux et mieux portants.

La raison en est simple. Le sein de la femme fabrique un lait supérieur, pour le nouveau-né, par sa composition, celui fabriqué par le pis de la vache, et de plus, il per-

met à l'enfant de le prendre directement sans aucun intermédiaire. Ce fait du lait qui passe directement de la glande mammaire dans la bouche de l'enfant est capital. Placez entre le mamelon et les lèvres du nouveau-né un simple intermédiaire, une tétine ou téterelle quelconque, et vous verrez les résultats ! Le muguet apparaîtra souvent, et en tout cas, la courbe d'accroissement s'abaissera de suite et restera inférieure à la normale, tant que durera l'interposition.

Ce n'est donc pas seulement par sa composition, mais encore par le passage direct de la glande mammaire dans la bouche de l'enfant, que l'allaitement au sein est et restera supérieur à tout autre mode d'élevage.

Je ferai remarquer, et j'insiste particulièrement sur ce point, que je n'ai parlé et entendu parler que du nouveau-né. Il ne faut pas confondre, comme on le fait trop souvent, en fait d'élevage, nouveau-né avec enfant. Pour bien me faire comprendre et préciser, je formule ainsi ma pensée : le lait de la femme pris au sein doit être la *seule première nourriture* de l'enfant.

Cela dit, bien établi, entendu, je me plais à proclamer la supériorité du lait de vache stérilisé sur le lait de vache contaminé.

Quand le lait de vache devient nécessaire à l'alimentation de l'enfant, oui, cent fois oui, le lait de vache stérilisé doit être conseillé et employé. Et pour montrer ma conviction à cet égard, je dirai que, depuis dix ans, je vais passer mes vacances à la campagne au milieu des

fermes, et que je me fais précéder de caisses de lait stérilisé pour mes enfants. Ce fut une stupéfaction dans mon pays, quand on me vit préférer le lait en bouteille au lait trait en ma présence, et fourni par des vaches bien portantes. La stupéfaction cessa quand, allant dans les étables, je montrai l'état des mamelles lavées plus ou moins avec la même eau, la coloration des mains des personnes faisant la traite, les cercles plus ou moins ombrés constatés, au début de la traite, au fond du seau, l'état de la passoire ou du linge servant à clarifier le lait, etc., etc. Et aujourd'hui, chez moi, l'emploi du lait stérilisé est vulgarisé en pleine campagne, comme je voudrais qu'il le fût partout et comme j'espère qu'il le sera un jour.

Dans ces conditions, l'emploi du lait stérilisé constitue un progrès énorme. C'est encore là un des bienfaits, et non des moindres, que nous devons à notre immortel Pasteur.

Convaincu, comme je l'étais, des avantages du lait stérilisé, je ne l'ai pas vanté *urbi et orbi* pour l'élevage des enfants, parce que j'étais certain que la confusion se ferait entre enfant et nouveau-né, et que l'on donnerait à celui-ci ce que l'on proclamait bon pour celui-là. Sachant et déplorant la tendance actuelle à l'alimentation artificielle des nouveau-nés, pénétré de cette idée, à savoir qu'elle doit et peut être tout autre, je m'efforçai simplement de déterminer et d'exposer à mes élèves les conditions dans lesquelles le lait stérilisé constitue véritable-

ment une nourriture supérieure. Mais ce que je redoutais ne s'est que trop réalisé.

Tous ne pensèrent pas comme moi. Le lait stérilisé fut prôné de telle façon qu'aujourd'hui il est commun d'entendre de futures mères s'exprimer ainsi : « Maintenant qu'on a le lait stérilisé, je n'allaiterais pas mon enfant. » Cette notion fausse, dangereuse au premier chef, a pénétré non seulement la société, mais même le monde médical, à ce point que M. Bertillon nous apporte un *projet d'établissement de puériculture où l'allaitement au sein sera banni!* On montre, on cite les enfants élevés exclusivement au lait stérilisé, et on ne parle pas des autres qui sont morts ! Est-ce qu'on ne montrait *pas autrefois des enfants élevés au biberon* ? Instruit par l'expérience, je crie aujourd'hui aux mères, aux médecins, à tous : prenez garde, *tout enfant nouveau-né nourri exclusivement au lait stérilisé court des dangers* (1), non seulement parce que la composition du lait de vache n'est pas la même que celui de la femme, mais aussi parce que le lait peut ne pas être bien stérilisé, et surtout parce qu'il est extrêmement difficile de faire que le réservoir du lait et le vase ou la tétine en contact avec la bouche de l'enfant ne soient pas à un moment donné contaminés. Je me résume en disant : *Le lait de vache stérilisé doit constituer la seconde nourriture de l'enfant.* Mais, objec-

(1) Surtout pendant les mois chauds que nous appelons les mauvais mois : juin, juillet, août, septembre et souvent la première moitié du mois d'octobre.

tera-t-on, toutes les femmes ne peuvent pas allaiter leur enfant ; mais, me dira M. Bertillon, vous avez raison en principe, en théorie, mais en pratique, ce que vous préconisez ne se fait pas ! Cela est vrai, mais pourquoi cela ne se fait-il pas ? C'est ce qu'il me reste à examiner.

J'espère qu'aujourd'hui je ne serai contredit par qui que ce soit en posant en principe que *le lait de la femme pris au sein constitue la seule nourriture normale du nouveau-né, la seule qui, par sa composition, soit suffisante et sans danger*. Je dirai même volontiers avec M. Marfan (1) et après bien d'autres : « Toute mère doit allaiter son enfant. Ce qu'il faut au nouveau-né et au nourrisson, c'est le lait de sa propre mère. »

Étudions donc cette source, et voyons comment se fait cette production naturelle, et de quelle façon elle est actuellement utilisée. Depuis vingt-cinq ans, j'étudie ce qui se passe chez les femmes récemment accouchées, et j'affirme que *toutes les femmes accouchées récemment ont du lait*. Je ne saurais trop protester contre cette assertion assez répandue et qui a même été portée à la tribune de l'Académie de médecine, à savoir que certaines femmes n'ont pas de lait après l'accouchement. C'est là une erreur absolue que toute observation sérieuse fera disparaître. La fluxion mammaire se fait à un moment variable, rarement avant les quarante-huit premières heures, plus souvent après, mais enfin elle se produit toujours plus ou moins accusée.

(1) MARFAN. *De l'allaitement artificiel*. G. Steinheil, éditeur, 1897.

Que se passe-t-il ensuite ? Voici ce qu'une expérience de plus de vingt années m'a démontré, et cela, aussi bien dans les classes riches que dans les classes pauvres, comme celles qui viennent dans nos Maternités.

1° Les mères peuvent être, dans la pluralité des cas, des nourrices suffisantes ; et je suis absolument d'accord avec M. Lepage quand il dit : « Quelle que soit sa situation sociale, toute femme qui ne présente pas de tare pathologique est presque toujours une nourrice suffisante (1). »

2° Quelques femmes sont des nourrices insuffisantes. Je m'explique. Il est des femmes chez lesquelles la fluxion mammaire est peu accusée, la production du lait est si peu abondante dans les premiers jours que les tétées sont de 5 grammes et 10 grammes seulement. Il en est qui, à la fin du premier mois, ne donneront encore que des tétées de 20 grammes. Et cependant, parmi ces femmes, il en est, et c'est le plus grand nombre, qui deviennent suffisantes, et qui, au troisième mois, donnent, à l'aide d'un seul sein, 100 et 250 grammes à chaque tétée. *C'est l'action qui fait la fonction.* C'est là un point intéressant et important concernant la physiologie de la glande mammaire et qui est peu connu. Je possède nombre d'observations qui démontrent ce fait. Il ne faut donc pas, comme cela se

(1) G. LEPAGE, accoucheur des hôpitaux. Note sur l'allaitement des nouveau-nés à terme par leur mère. *Revue d'hygiène*, p. 515, juin 1897. Voir aussi la thèse de M. DLUSKI. *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel*, Paris, 1894 ; et l'article : Sur la façon de diriger l'allaitement maternel, par M. WALLICH. *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1894.

fait généralement, abandonner l'allaitement dans les huit ou quinze premiers jours en disant : Il n'y a pas de lait.

3° Quelques femmes sont et demeurent des nourrices insuffisantes, mais c'est exceptionnel, et en tout cas elles fournissent quand même une petite quantité de lait.

4° Quelques femmes ont du lait, mais l'enfant ne peut le prendre en raison d'une malformation du mamelon (1).

5° Quelques femmes ont du lait, mais elles sont malades, et on doit leur interdire l'allaitement (2).

En résumé, à part quelques *rare exceptions*, on peut dire que *les femmes qui n'allaitent pas, ou ne le veulent pas, ou ne le peuvent pas par situation sociale.*

Comment remédier à cet état de choses ?

Occupons-nous d'abord des exceptions.

La nourrice insuffisante donnera quand même son lait, quelque minime qu'en soit la quantité ; elle pourra alors compléter par l'usage d'un lait pur et bien stérilisé. C'est *l'allaitement mixte prématuré*. Assurément, ce n'est pas l'idéal ; mais, avec des soins éclairés et le dévouement d'une mère, le résultat peut être favorable.

La femme malformée et la femme malade, devant renoncer à tout espoir d'être nourrices, devront prendre une nourrice ; nous verrons tout à l'heure dans quelles conditions.

(1) Pour constater combien ces cas sont rares, voir la thèse de M. Dluski.

(2) Il faut savoir que toutes les maladies ne contre-indiquent pas l'allaitement. Voir la thèse de M. GAMULIN. *L'allaitement chez les albuminuriques*. Paris, 1896.

Restent les deux grandes catégories : 1° les femmes qui ne veulent pas allaiter ; 2° les femmes qui le voudraient, mais ne le peuvent pas, parce que leurs occupations les en empêchent.

Les femmes qui ne veulent pas allaiter seront bien forcées de le faire quand la loi Roussel ne sera plus, comme aujourd'hui, impunément violée.

Quand on ne permettra aux nourrices de venir se placer qu'après les sept mois révolus de leur enfant, alors les bureaux ne seront plus encombrés. Et cet être immoral, cette nourrice mercenaire tuant le plus souvent son enfant de six semaines, en le privant de son lait, pour en faire trafic, aura disparu. Donc, cette catégorie est peu intéressante, et j'espère qu'avec nos efforts à tous, les femmes comprenant leur devoir, les droits des enfants étant enfin respectés, on n'en entendra plus parler.

Quant à la dernière catégorie, si misérable ou si touchante et en même temps si nombreuse, ce n'est ni par le rétablissement des tours, ni par des établissements de puériculture à bon marché qu'il faut essayer de leur venir en aide.

Une seule solution est normale et humaine, et c'est la seule efficace.

Faire en sorte que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère. C'est là le but à atteindre, c'est vers ce but que doivent se concentrer nos efforts. Tout ce qui ira à l'encontre de ce but sera inefficace et stérile le plus souvent, coûteux toujours. Élevez les subventions aux sociétés d'allaitement

maternel, multipliez ces sociétés, augmentez les secours donnés aux mères nécessiteuses, créez des établissements si vous voulez, mais où seront admises les mères avec leurs enfants.

Hors de là, vous n'aurez que déception. Le sein et le cœur d'une mère ne se remplacent pas. Si vous pouvez vous procurer l'égal du premier à prix d'argent, vous n'obtiendrez jamais l'autre. Que fait l'Assistance publique dès qu'elle a le dépôt d'enfants abandonnés ? Elle leur cherche une mère, elle les confie à une femme qui, à prix d'argent, usurpe ce nom. Il en est de bonnes, je le veux bien, mais combien peu nombreuses ! et vous croyez que vos infirmières cloîtrées soigneront vos enfants avec la sollicitude voulue ? Vous vous trompez étrangement ; elles les soigneront réglementairement, et l'absence de la sollicitude et de l'instinct maternel s'accusera sur les tables de la mortalité (1).

Non, ne faisons plus d'expériences coûteuses et de sacrifices inutiles.

J'ai essayé de démontrer de quelle façon on pouvait et on devait faire de la puériculture intra-utérine (2), en plaçant la mère, pendant la grossesse, dans des conditions telles que le développement de l'enfant soit normal. C'est de la même façon qu'on doit chercher à faire de la puériculture extra-utérine, et c'est pour cela que je convie M. Bertillon à abandonner la voie dans laquelle il

(1) Voir la thèse de M. LÉON PETIT. *Le droit de l'enfant à la mère*. Paris, 395.

(2) De la puériculture intra-utérine. V. *Revue d'hygiène*, 1895.

s'est engagé, avec les meilleures intentions, j'en suis convaincu, mais qui n'aboutiraient qu'à des désastres. Tous nos efforts doivent tendre à ne pas éloigner la mère de l'enfant, à faire allaiter l'enfant par la mère (1) et à demander à la société les moyens pouvant permettre à toute mère d'user de son droit et de remplir son devoir.

Rapport lu au Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France.

L'HYSTÉRIE INFANTILE (2)

Par M. P. BÉZY,

Chargé de cours de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse.

L'hystérie se manifeste, chez l'enfant, soit par des crises convulsives plus ou moins complètes, qui ne laissent aucun doute, soit sous des formes trompeuses, simulant des maladies plus ou moins spéciales à l'enfance, soit sous des formes frustes.

Historique.

L'histoire de l'hystérie infantile a commencé le jour où a été détruite la théorie qui plaçait dans l'utérus le siège et la cause première de la névrose. Elle peut être divisée en trois périodes.

Dans la première, les faits d'hystérie convulsive chez l'enfant sont seulement mentionnés, mais non décrits. Elle

(1) Voir : *Deux ans de fonctionnement d'une crèche*, par M. GAUCHAS Paris, 1897.

(2) D'après la *Presse Médicale*, 1897, 7 août, n° 64, page 67.

débute avec Ch. Lepois (1618), comprend les travaux de Hoffmann (1730), de Briquet (1859), de Bouchet (1879), de Bonnemaison (1875), et prend fin vers 1880.

L'hystérie infantile a, dès lors, droit de cité dans le cadre nosologique.

La deuxième période comporte la description de l'hystérie infantile, dans ses formes non convulsives et même larvées ; Charcot et l'École de la Salpêtrière sont les principaux artisans de cette transformation. A côté des noms de P. Richer, Gilles de la Tourette, Pitres, P. Blocq, il faut encore citer ceux de Bourneville, Peugniez, Goldspiegel et Clopatt (1888).

La troisième période, qui chevauche un peu sur la précédente, et arrive jusqu'à nos jours, comprend les travaux des médecins d'enfants. Grancher et J. Simon donnent l'élan, puis suivent les thèses et les travaux de Pâris, Guiraud, Casaubon, Burnet, Bardol, Souques, P. Simon, Haushalter, Bernheim, Fischer, Isnard, Conturies, Bézy. Les découvertes de Charcot et de ses élèves suscitent aussi de nouvelles publications sur ce sujet à l'étranger : parmi les plus importantes, il faut citer celles de Kamienski (1893) et de Bruns (1895).

Formes de l'hystérie infantile.

a) *Faits d'hystérie infantile convulsive.* — Bien que revêtant rarement la forme de la grande attaque complète, le paroxysme convulsif n'en existe pas moins à cet âge chez l'enfant. D'ailleurs, pour être convulsive, l'hystérie infantile n'a pas besoin de se manifester sous cette

forme complète, et les phénomènes qui suivent rentrent dans cette catégorie.

La chorée de Sydenham est, dans beaucoup de cas, une manifestation de l'hystérie infantile, et cela est vrai surtout pour la chorée rythmée; qu'elle soit isolée ou épidémique, la démonstration n'est plus à faire.

La toux spasmodique est une des manifestations fréquentes de l'hystérie mono-symptomatique chez l'enfant: fréquente surtout chez l'adolescent, elle est permanente ou survient par crises; elle ne détermine pas d'angoisse respiratoire et ne s'accompagne d'aucun signe auscultatif. Le hoquet, le renaclement, le reniflement sont des symptômes relevant fréquemment de l'hystérie infantile. Le bégaiement débute ordinairement vers cinq ou neuf ans, à la suite d'un traumatisme ou d'une émotion; sa disparition est aussi brusque que son apparition. La chorée électrique, avec ses secousses rythmiques et brusques, localisées presque exclusivement à la tête et aux membres supérieurs, a plus d'un point de parenté avec l'hystérie: c'est, du moins, ce que tendent à établir les travaux de Bergeron, de Joffroy et de Cadet de Gassicourt. Parmi les cas d'hystérie convulsive, il convient enfin de ranger certains faits de pseudo-épilepsie partielle signalée par Ballet et Crespin.

b) *Faits d'hystérie non convulsive.* — La paralysie hystérique est assez fréquente chez l'enfant: on a signalé un cas où elle est restreinte à la face; elle affecte de préférence la forme paraplégique, s'accompagnant, suivant les cas, de zones anesthésiques, d'incontinence d'urine

d'atrophies musculaires. Les contractures la compliquent souvent : elles se montrent soit à la suite du moindre traumatisme, soit d'une manière spontanée. Les spasmes localisés peuvent donner lieu à la tétanie et même simuler les affections les plus diverses (tumeurs abdominales).

L'astasia et l'abasia dans toutes leurs formes peuvent se rencontrer chez le jeune enfant hystérique : la guérison de ces phénomènes est la règle. Chez l'enfant, les troubles hystériques se traduisent encore par de l'anorexie vraie, des crises de gastralgie et des vomissements qui peuvent même être fécaloïdes. Les troubles trophiques les plus divers, tels que l'urticaire, les œdèmes, les gangrènes, l'atrophie musculaire, ont été signalés ; les hémorragies et la pseudo-angine de poitrine, par contre, sont relativement rares chez lui. Le mutisme est rare ; l'aphonie et la netteté de l'intelligence le font reconnaître. Les troubles circulatoires prennent les modalités les plus variées : palpitations, alternatives de rougeur et de pâleur, formes syncopales de l'attaque, et peut-être même faut-il faire rentrer dans ce groupe certains cas d'intermittences cardiaques. Le tremblement a été signalé dans l'hystérie infantile, ainsi que, d'ailleurs, les pseudo-arthrites, l'athétose et enfin les anesthésies et hyperesthésies, tous ces symptômes rappelant exactement ceux de l'adulte.

Les troubles psychiques méritent une mention spéciale. Les petits hystériques sont précoces, très impressionnables, jaloux ; mais il faut surtout signaler chez eux le mensonge et les formes délirantes. En dehors de la tendance au mensonge et à la simulation, ils peuvent, en

effet, être amenés à mentir par auto-suggestion, par suggestion provoquée à l'état de veille ou pendant l'hypnose, conditions nécessaires à connaître pour juger la responsabilité dans nombre d'actes délictueux. Les formes délirantes peuvent précéder l'attaque ou la remplacer : les troubles psychiques, précurseurs de l'attaque, ont même, pour Gilles de la Tourette, une importance capitale en hystérie infantile. La réalité d'une forme délirante pure est bien établie aujourd'hui : elle peut consister en une irritabilité ou un abattement prononcé, dans l'exagération de tel ou tel trouble psychique habituel, ou, enfin, dans les faits beaucoup plus graves qui constituent ce qu'on peut appeler la folie hystérique. Le diagnostic est d'autant plus difficile que les troubles psychiques se manifestent seuls : en raison de leur fréquence, chaque fois que le médecin constatera du délire plus ou moins aigu chez l'enfant, en dehors des causes normales et habituelles, les maladies infectieuses, par exemple, il devra penser à l'hystérie.

Si l'attaque du sommeil est rare chez lui, les faits de somnambulisme, de noctambulisme même, sont connus de tous. Le somnambulisme naturel est un signe révélateur de l'hystérie, la névrose pouvant s'en tenir là ou évoluer plus tard ; il se distingue du somnambulisme hystérique en ce que ce dernier s'accompagnera d'autres manifestations hystériques et surtout de phénomènes moteurs. Quant au somnambulisme provoqué, il se produit dans les mêmes conditions que chez l'adulte.

c) *Faits d'hystérie simulant des affections plus ou moins spéciales à l'enfance.* — Les formes qui suivent ne présentent rien de spécial dans leur symptomatologie, mais leur groupement synthétise mieux les troubles hystériques dans l'enfance.

- La pseudo-coxalgie se reconnaît à son début brusque, portant d'emblée les symptômes à leur maximum, à la douleur superficielle très vive, occupant un espace limité losangique (signe de Brodie), à la claudication apparaissant d'emblée, à la coexistence fréquente de contractures sur d'autres groupes musculaires, à l'absence d'empatement dans l'examen sous le chloroforme, à la guérison brusque et à la fréquence des récidives.

L'attention des auteurs a été attirée par Charcot sur le pseudo-mal de Pott, et, d'ailleurs, l'hystérie peut encore simuler le rachitisme vertébral et compliquer d'autant le diagnostic.

L'hystérie infantile peut encore simuler la méningite, et l'erreur est quelquefois entretenue par la constatation de fièvre hystérique; d'ailleurs, toutes les affections cérébrales, telles qu'aphasie, syndrome organique de Weber, amaurose, ont été signalées comme tributaires de la grande névrose.

Les pseudo-coliques abdominales, la pseudo-hémiplégie spasmodique infantile, la pseudo-paralysie infantile, le pseudo-tabes spasmodique et les terreurs nocturnes relèvent de la même cause. La scoliose hystérique accède le plus ordinairement au traumatisme, mais elle s'établit pas immédiatement; la guérison en est cer-

taine, dit Mirailhé, pourvu que le malade soit sûr de guérir : c'est dire que la suggestion en constitue le meilleur mode de traitement.

L'incontinence nocturne d'urine a été enfin attribuée à l'hystérie, et Ollivier la compare aux terreurs nocturnes; comme ces dernières, elle s'expliquerait par une hallucination. Les auteurs sont encore loin d'être d'accord sur sa pathogénie, et peut-être est-il prudent, avant de prendre parti, d'attendre de nouvelles recherches.

Certaines manifestations nerveuses appartiennent-elles à l'hystérie infantile ?

La question des rapports des accidents de la dentition et de l'hystérie, soulevée dès 1891 par Chaumier, a été diversement interprétée suivant les auteurs. Il paraît néanmoins établi que, chez un enfant bien constitué, l'évolution dentaire normale ne produit jamais de convulsions et que la plus grande partie de celles-ci doivent être attribuées à l'hystérie.

Age et modes d'apparition de l'hystérie infantile.

a) *Hystérie débutant de cinq à quinze ans.* — L'examen des statistiques de Briquet et de Clopatt nous apprend que l'hystérie, rare dans les cinq premières années, augmente ensuite progressivement de onze à treize ans. Si, chez l'adulte, sa première manifestation est une crise convulsive dans près de la moitié des cas, il en est de même chez l'enfant. On ne saurait trop insister cependant sur les signes mobiles et fugaces que J. Simon qualifie d'hystérie à l'état naissant. Ces formes frustes ont, e

effet, une grande signification pronostique à longue échéance, et elles fournissent d'utiles indications pour le traitement prophylactique de l'hystérie future. Dans ce cadre rentrent, d'après Comby, certains délires survenant dans la convalescence des maladies aiguës.

b) *Hystérie débutant au-dessous de cinq ans.* — En dehors des convulsions, l'hystérie paraît pouvoir se manifester au-dessous de cinq ans et même dès les premiers mois de l'existence. La thèse de Burnet ne laisse aucun doute à cet égard; mais on ne saurait fournir trop de détails dans la publication de nouvelles observations, car il faut toujours éliminer l'épilepsie fruste; à cet égard, la recherche de l'inversion de la formule des phosphates pourrait rendre de réels services.

Causes de l'hystérie infantile.

En première ligne, il faut inscrire la tare héréditaire, qu'elle soit directe ou indirecte. La transformation de certaines diathèses, telles que la goutte, a été invoquée comme cause prédisposante. Une fois l'hérédité constituée, trois causes principales chez l'enfant peuvent faire éclater les accidents : l'éducation, les émotions, la contagion. Les faits de contagion nerveuse sont loin d'être rares et les épidémies d'écoles semblent remplacer de nos jours les épidémies du moyen âge.

Pronostic.

Le pronostic de l'hystérie infantile peut se réduire à cette formule de Charcot : l'hystérie ne tient pas chez l'enfant, à la condition qu'elle soit reconnue et traitée

de bonne heure. L'hérédité très chargée doit inspirer des craintes, et, dans l'établissement du pronostic, bien des points restent encore dans l'ombre : on ne peut pas non plus à l'heure actuelle déterminer les relations de l'aliénation mentale et des troubles psychiques hystériques du jeune âge.

Traitement.

La prophylaxie de l'hystérie commence au moment de la fécondation, et elle est celle de toutes les maladies héréditaires. L'enfant issu d'une mère hystérique doit être, autant que possible, éloigné de l'influence maternelle, même de l'allaitement. Si, en dépit de toutes ces précautions, on n'a pu empêcher l'éclosion des accidents, c'est à la suggestion qu'on aura recours de préférence contre cette maladie essentiellement psychique. Largement employée et variée selon les circonstances, la suggestion à l'état de veille donnera les plus heureux résultats. Elle devra néanmoins être secondée par l'isolement dont l'importance est surtout marquée dans les formes épidémiques.

Quant à l'hypnotisme provoqué, les opinions sont encore trop divisées à son sujet pour qu'on puisse l'appliquer sans réserve au traitement de l'hystérie.

Diagnostic.

Avant de chercher à dépister les formes de l'hystérie, il est de toute nécessité d'en caractériser les stigmates ; mais, chez l'enfant, on est loin d'arriver toujours à tout la précision désirable.

L'accès d'épilepsie se différenciera de l'attaque convulsive d'hystérie par les symptômes suivants (Gilles de la Tourette).

Il survient la nuit ou dès le matin, - est précédé d'un accès souvent appréciable et se caractérise par une chute subite dans la rue, dans le feu, etc. ; en même temps le malade pousse un cri. L'épileptique se mord la langue et urine involontairement. La perte de connaissance est absolue pendant toute la durée de l'accès ; les secousses de la phase classique de l'accès ne sauraient être comparées aux grands mouvements de la deuxième période de l'attaque. L'accès dépasse rarement cinq à dix minutes. Le délire, qui survient chez quelques épileptiques après l'accès, est une impulsion brutale, irraisonnée, souvent homicide. Aussitôt après l'accès, torpeur et abrutissement ; tendance presque invincible au sommeil, courbature constante douloureuse, durant parfois vingt-quatre heures, même après les petits accès ; sugillations fréquentes de la région cervicale. Chimiquement, l'accès se juge par l'élévation du taux du résidu fixe, de l'urée, des chlorures, des sulfates, des phosphates, sans inversion de la formule de ces derniers. Enfin, Bourneville a démontré qu'il y avait toujours élévation considérable de la température pour l'épilepsie, avec pronostic grave quand elle se maintenait à 40° et au-dessus, tandis que l'hystérie arrivait à peine de $37^{\circ},8$ à $38^{\circ},2$ dans les plus grands paroxysmes.

Le diagnostic différentiel de la chorée perd beaucoup le son intérêt si, comme on tend à l'admettre, la chorée

de Sydenham est fréquemment une manifestation hystérique.

La toux spasmodique se reconnaîtra d'abord à ses caractères propres, mais surtout à l'examen laryngoscopique négatif et à l'absence de signes auscultatifs.

Le hoquet, le renaclement, le ronflement seront toujours soupçonnés de nature hystérique; de même l'apparition brusque du bégaiement à la suite d'une émotion suffira à trancher la question. La chorée électrique est franchement hystérique; elle ne peut guère être confondue qu'avec la maladie des tics convulsifs. L'épilepsie partielle hystérique, d'après Ballet et Crespin, se reconnaît à l'absence de paralysie des muscles convulsés et au nombre très considérable d'attaques sans déchéance cérébrale.

La tétanie ne relève pas fatalement de l'hystérie, bien qu'elle en soit une manifestation ordinaire : dans tous les cas de contracture douteuse, l'examen sous le chloroforme lèvera tous les doutes. Le diagnostic de l'astasié-abasie se fait par les symptômes mêmes de l'affection : la seule difficulté pourrait tenir à la simulation ou à la mauvaise volonté du malade, qui refuserait de se prêter à l'examen.

Les troubles digestifs d'origine névropathique pourront souvent égarer le clinicien qui recherchera leur étiologie; les faits d'anorexie, les crises de gastralgie avec vomissements tenaces seront toujours soupçonnés de nature hystérique, par suite de la rareté de lésions organiques de l'estomac chez l'enfant.

Les œdèmes hystériques ont des allures qui les font rapidement distinguer des autres, ces derniers étant, du reste, rares chez l'enfant. Les hémorrhagies, en dehors de l'hémoptysie, sont rares dans l'enfance et seront diagnostiquées par l'examen des organes soupçonnés atteints.

La pseudo-angine de poitrine se reconnaît à ce que les causes d'angine vraie n'existent pas à cet âge. Le mutisme hystérique a pour caractères : l'aphonie et la netteté de l'intelligence. Les palpitations organiques révèlent leur nature par l'auscultation du cœur, mais il est actuellement impossible de discerner les intermittences cardiaques d'origine névropathique et celles qui reconnaissent une cause organique. Il est difficile de rattacher un tremblement dans l'enfance à une autre cause qu'à l'hystérie. Les pseudo-arthrites s'accompagnent de zones d'hyperesthésie autour de la jointure, souvent de contractures. L'athétose n'existe guère chez l'enfant que dans l'hémiplégie spasmodique infantile.

Les troubles psychiques, qui constituent le caractère hystérique, ne prêtent guère à l'erreur, et les formes délirantes seront facilement distinguées du délire des maladies aiguës, par les antécédents. J. Simon attire l'attention sur un état particulier créé à la sclérose, et qui se manifeste chez les très jeunes enfants de quelques mois à deux ans.

« Il ne faut pas confondre, dit Gilles de la Tourette, l'état mental des jeunes hystériques avec celui des petits êtres dégénérés chez lesquels cependant l'hystérie peut

éclore concurremment avec les stigmates de la dégénérescence mentale. » Enfin, la rareté de l'agitation maniaque chez l'enfant, son paroxysme violent, mais illogique et de courte durée, rendent possible la distinction de cette dernière avec le délire hystérique. Mais, dans nombre de cas, toutes les difficultés s'accumulent et la différenciation des délires post-épileptique et post-hystérique est à peu près impossible.

Une question intéressante se pose à propos du somnambulisme : est-il possible de déceler un simulateur ? Oui, car, en général, l'enfant ne saura simuler que grossièrement, et, dans tous les cas, certains phénomènes, l'anesthésie par exemple, ne peuvent être simulés. Plus délicate est la distinction entre l'automatisme ambulateur hystérique et épileptique ; cependant la fugue épileptique est généralement plus impulsive, dans un sens fâcheux, que le premier.

La coxalgie hystérique est une des affections qui donnent le plus souvent lieu à des erreurs de diagnostic, mais elle a un début ordinairement brusque, portant les signes à leur maximum, souvent après un traumatisme. Les douleurs spontanées sont fortes, souvent très vives. La douleur est nulle à la pression, sauf dans le cas où l'hyperesthésie gagne jusqu'à l'articulation.

L'hyperesthésie cutanée est très vive ; la zone hyperesthésique a la forme d'un triangle dont le sommet est à la racine des bourses ou au mont de Vénus, et dont la base contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum, empiétant quelquefois assez haut sur la région

hypogastrique (Gilles de la Tourette). Les signes locaux d'inflammation sont identiques, mais mobiles et fugaces; pas d'adénopathie cependant. L'atrophie musculaire est souvent très étendue; l'attitude peut varier, et, au moment du réveil chloroformique, l'apparition de l'hyperesthésie se fait de la peau vers les parties profondes.

Enfin, l'affection n'a pas une marche continue, elle procède par intermittences et est sujette à des récidives.

La réunion de la contracture, de la paralysie et de la douleur fait quelquefois songer au mal de Pott, mais la contracture cède sous le chloroforme, et la douleur n'a pas la situation supposée par le siège de la lésion dans le mal de Pott organique.

La méningite vraie au début se différencie, d'après J. Simon, de la pseudo-méningite par la dissociation des mouvements du diaphragme et de la cage thoracique.

La monoplégie hystérique s'accompagne d'anesthésie morphologique, tandis que l'anesthésie est anatomique dans la monoplégie due à des lésions nerveuses, et nulle dans les cas de lésions corticales.

Les pseudo-coliques abdominales ne pourront souvent être différenciées que par l'influence du traitement.

Dans la pseudo-hémiplégie spasmodique infantile, la simulation ne saurait être absolue; les troubles trophiques sont loin d'être aussi marqués que les troubles consécutifs à une lésion organique.

Dans la scoliose névropathique, on retrouvera tous les caractères des contractures hystériques.

Si le diagnostic de l'incontinence d'urine est facile, celui

de la cause échappe le plus souvent, et, en présence de ce phénomène, il faut aussi songer à une forme larvée d'épilepsie.

La pseudo-paralysie infantile se reconnaît à ce qu'il existe une relation étroite entre le siège de l'atrophie et les localisations des stigmates; de plus, l'amyotrophie hystérique évolue rapidement, s'arrête et peut guérir. Dans le pseudo-tabes spasmodique, la guérison est parfois le seul signe qui fait poser le diagnostic.

La recherche des anesthésies et hyperesthésies offre, chez l'enfant, des difficultés toutes particulières, de même que pour les céphalées et certaines migraines. D'ailleurs, la migraine n'est-elle pas souvent, chez l'enfant comme chez l'adulte, de nature hystérique?

R. MERCIER.

LES LAVEMENTS D'EAU PURGATIVE DANS LA CONSTIPATION HABITUELLE DES NOURRIS- SONS.

Parmi les nourrissons alimentés artificiellement et d'une façon relativement rationnelle, il en est qui sont habituellement constipés. Ils ne présentent aucun symptôme d'entérite ni de colite, mangent bien et avec appétit, mais ils vont rarement à la selle, voient incomplètement leur gros intestin et rendent des matières dures, sèches, dont l'expulsion provoque parfois de la douleur. Cette constipation habituelle, dont la cause réside dans l'atonie et l'insuffisance des sécrétions du gros intestin, sem-

ble souvent bien supportée, c'est-à-dire qu'elle ne retentit pas trop sur l'état général de l'enfant ; mais, dans d'autres cas, elle devient secondairement cause de colite, puis d'entérite. Alors, la nutrition de l'enfant ne tarde pas à souffrir, son appétit diminue, il a des alternatives de constipation et de diarrhées, son état général s'altère.

Les principes du traitement de cette constipation habituelle sont aujourd'hui bien établis.

Pour rendre les matières fécales moins sèches et plus glissantes, on recommande de donner un lait riche en graisse et pauvre en caséine. Si l'on ne peut se procurer un lait spécial, on fait simplement couper du lait de vache avec une quantité d'eau plus grande qu'auparavant, et on ajoute au lait ainsi coupé une petite quantité de beurre (une cuillerée à café) ou de crème (2 ou 3 cuillerées à soupe) par litre de lait. On fait, en outre, régulièrement des massages du ventre, des frictions générales avec de l'eau tiède additionnée ou non d'un peu d'alcool ou de sel marin ; puis, deux ou trois fois par semaine, on vide le gros intestin à l'aide d'un lavement d'eau tiède dans laquelle on peut au besoin mettre une cuillerée d'huile d'olive.

Le plus souvent, cette thérapeutique simple et rationnelle réussit et la constipation disparaît dans l'espace de dix à quinze jours ; mais il est aussi des cas où elle échoue. C'est alors que les lavements d'eaux purgatives sulfatées, sodiques ou magnésiennes, rendent les plus grands services.

Le traitement diététique (lait gras, massage, frictions, etc.) reste le même. Seulement, au lieu du lavement sim-

ple ou additionné d'huile, on donne, tous les deux ou trois jours, un lavement d'un quart à un demi-litre d'eau bouillie, ramenée à la température de la chambre, à laquelle on ajoute une grande cuillerée à soupe d'eau purgative. Le premier effet de ces lavements est de ramollir les matières fécales et de provoquer une sécrétion muqueuse abondante du gros intestin ; dans la journée, le petit malade aura deux, tout ou plus trois selles qui le débarrasseront complètement. Et puis, au bout de quelques jours, ces lavements réveillent les mouvements péristaltiques du gros intestin et, par voie réflexe, ceux de l'intestin grêle. Il suffit d'une quinzaine de jours, c'est-à-dire de cinq à six lavements d'eau purgative, pour voir l'atonie de l'intestin diminuer et disparaître, les selles se régulariser, l'appétit devenir plus vif et les digestions normales. Pour éviter le retour de la constipation, il n'y a qu'à continuer encore, pendant un temps plus ou moins long, le traitement diététique indiqué plus haut.

Les lavements d'eau purgative peuvent aussi trouver leurs indications chez les enfants plus grands. Jusqu'à l'âge de sept ans, on met dans le lavement autant de cuillerées d'eau purgative que l'enfant compte d'années ; cependant la dose de six cuillerées à soupe suffit pour les enfants de sept à quatorze ans. (*Presse Médicale*, 1897, n° 56.)

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Septembre 1897.

SOMMAIRE :

Opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail atteinte d'un gros fibrome de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant. Guérison, par le Dr MOUCHET.....	257
Pleurésie avec épanchement. Application du salicylate de méthyle. Guérison rapide, par le Dr RENÉ MARMASSE.....	265
L'entéroclyse chez le nouveau-né, par le Dr M. MERCIER...	267
Le traitement du tænia chez les enfants, par M. le Dr CAR- RON DE LA CARRIÈRE.....	281

OPÉRATION CÉSARIENNE SUIVIE DE L'HYSTÉ- RECTOMIE TOTALE CHEZ UNE FEMME EN TRAVAIL ATTEINTE D'UN GROS FIBROME DE L'UTÉRUS. EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT. GUÉRISON.

Par le Dr **Mouchet**,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Sens,

Membre correspondant de la Société de chirurgie (1).

Une femme M..., âgée de 38 ans, très bien portante, a eu 11 grossesses ; 5 enfants vivent encore.

Il y a 18 mois, elle a remarqué que son ventre grossissait

(1) Observation lue à l'Académie de médecine le 31 mars. Rapport de M. le professeur PINARD, le 6 juillet 1897.

et que ses règles devenaient plus abondantes. Elle se présente à notre consultation, et nous constatons l'existence d'un corps fibreux assez volumineux développé à gauche et remontant jusqu'à l'ombilic. Comme elle n'en éprouve aucune gêne sérieuse, nous lui recommandons de revenir si la tumeur augmente ou si une nouvelle grossesse survient.

Onze mois après, en octobre dernier, cette femme entre à la Maternité, ressentant quelques malaises et se disant sur le point d'accoucher. Nous reconnaissons une grossesse de 8 mois à 8 mois et demi; mais le ventre est irrégulièrement développé. A gauche, on sent une tumeur occupant une partie de l'abdomen et dépassant l'ombilic; à droite, l'utérus fait une saillie considérable jusqu'au sternum et sous le diaphragme. Les deux tumeurs se confondent en une seule sur la ligne médiane où existe une sorte de sillon profond, constituant ainsi une ligne de démarcation très nette. La figure 1 donne l'aspect de l'utérus gravide et du fibrome senti à travers la paroi abdominale.

A gauche, la palpation donne une sensation plus dure qu'à droite où l'on perçoit les parties fœtales.

La tête est située en bas au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, le dos en avant et en dehors et le siège en haut. Le maximum des bruits du cœur est à droite et en bas. Le toucher vaginal fait constater que le col très élevé est porté en dehors et à droite, qu'il est en partie effacé et assez dilaté pour admettre un doigt. On ne sent aucune partie fœtale, mais seulement les membranes. A gauche, tumeur dure faisant corps avec l'utérus et occupant la plus grande partie du bassin.

Comme il n'existe au moment de notre examen aucune douleur, nous prévenons la femme M... qu'elle ne pourra accoucher naturellement et qu'une intervention grave sera nécessaire.

Il est convenu d'autre part que nous serons averti dès le début du travail ou aussitôt après la rupture des membranes. La poche des eaux se rompt à onze heures du soir, mais comme la parturiente n'accuse que de très légères douleurs, on ne juge pas à propos de nous envoyer chercher. Le lendemain, à neuf heures seulement, nous constatons par les parties maternelles l'écoulement d'une certaine quantité de méconium. Les battements du cœur de l'enfant sont faibles, aucune partie fœtale ne se présente; contractions utérines très modérées.

Nous décidons de pratiquer aussitôt une opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et du fibrome.

Pour vaincre l'hésitation de quelques-uns de nos confrères appelés à donner leur avis, nous proposons, une fois la malade sous le chloroforme, d'introduire la main dans le vagin pour s'assurer de l'impossibilité absolue de l'accouchement par les voies naturelles.

L'anesthésie étant complète, nous pouvons à peine engager deux doigts dans le col, tant il est comprimé et refoulé à droite par la tumeur. Nous sentons la tête en occipito-iliaque droite antérieure, et à gauche et en avant une masse dure, irréductible, qui n'est autre que le fibrome enclavé dans le bassin.

Après nouvelle désinfection des mains, nous pratiquons la laparotomie; incision de 20 à 25 centimètres du pubis au-dessus de l'ombilic; l'utérus gravide et fibromateux apparaît; nous l'attirons en dehors du ventre, et pendant que deux aides tiennent un lien élastique au-dessus du col, prêts à serrer pour l'hémostase, nous incisons l'utérus sur une longueur de 10 à 12 centimètres, à droite, un peu en dehors de la ligne médiane, à cause du voisinage du fibrome. Plusieurs jets de sang aussitôt arrêtés par la constriction du lien s'échappent de la paroi utérine et nous extrayons rapi-

dement un enfant violacé, mais qui ne tarde pas à respirer. Le placenta est laissé dans l'utérus fortement rabattu en avant, pour éviter tout écoulement de sang et de méconium dans le ventre. Nous procédons ensuite à l'hystérectomie. La malade est mise en position inclinée; hémostase préventive seulement sur la partie supérieure des ligaments larges en dehors des annexes; le lien élastique enlevé, formation d'une collerette péritonéale en arrière, perforation du cul-de-sac de Douglas au niveau du col senti au moyen du doigt, désinsertion du vagin à droite et à gauche et pincement des utérines au fur et à mesure que la dissection les découvre, section du vagin en avant et décollement de la vessie. L'utérus détaché, des ligatures sont jetées sur les utérines et les utéro-ovariennes très volumineuses, enfin suture transversale en surjet au catgut du péritoine antérieur et postérieur. Toutes les ligatures se trouvent ainsi en dehors de la cavité péritonéale dans le vagin qui est lavé au sublimé et tamponné à la gaze iodoformée. La paroi abdominale est fermée par 3 plans de suture sans drainage.

L'opération a duré environ une heure et demie, sutures et pansement compris. La quantité de sang perdu a été relativement très minime et le choc opératoire de moyenne intensité.

Les suites furent très simples; pas de vomissements chloroformiques, ni élévation de température, sauf un seul jour. Les fils furent enlevés le neuvième jour; la réunion était parfaite, malgré l'existence au niveau de l'ombilic d'un très petit abcès tari en quelques jours. La guérison était complète et la malade pouvait se lever le 16^e jour.

A aucun moment la femme M..., qui avait toujours eu beaucoup de lait et avait allaité tous ses enfants, n'a été gênée par le gonflement des seins; ils sont restés flasques sans sécrétion lactée apparente.

L'enfant extrait était une fille du poids de 2,700 grammes, bien conformée, quoique venue avant terme ; après avoir respiré, crié et bu quelques cuillerées de liquide, cette enfant, qui, malgré nos recommandations, n'avait pas été placée

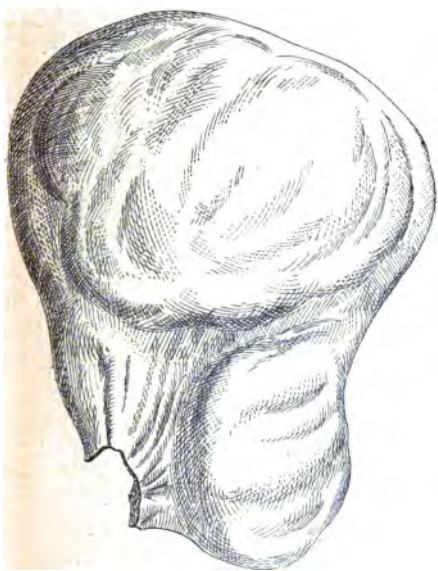


FIG. 1. — Utérus gravide.



FIG. 2. — Fibrome extrait de sa loge.

dans la couveuse, a succombé 20 heures après sa naissance à des symptômes asphyxiques.

La tumeur enlevée, comprenant l'utérus, les annexes et le fibrome, pesait 5 kil. 950. Le fibrome seul énucléé de sa loge située en avant dans le segment inférieur de l'utérus, pesait 1,550 grammes.

Cette observation nous suggère les réflexions suivantes :

l'impossibilité absolue d'amener un enfant vivant par les voies naturelles étant reconnue, devons-nous sacrifier l'enfant en recourant à l'embryotomie, et remettre à une époque ultérieure l'ablation du fibrome avec ou sans l'utérus ?

Nous n'avons pas hésité, l'enfant vivant encore, à pratiquer la gastro-hystérotomie.

L'enfant extrait, fallait-il fermer la plaie utérine et différer toute autre opération ?

Malgré la durée plus longue de l'acte opératoire, nous avons jugé qu'il était préférable d'enlever la tumeur avec l'utérus et les annexes; l'énucléation d'un fibrome dans un utérus gravide pouvant présenter de grandes difficultés et s'accompagner d'une hémorrhagie des plus graves. De plus, notre malade, âgée de 38 ans, avait eu onze grossesses et était mère de cinq enfants. Cette considération devait entraîner notre décision, que les suites si simples de l'opération ont pleinement justifiée.

Mais nous regrettons de n'être pas intervenu la veille, avant même le début du travail; l'enfant, moins affaibli, aurait certainement survécu.

En résumé, la gravité de la gastro-hystérotomie, voire même de l'hystérectomie abdominale totale, étant beaucoup moindre par les perfectionnements de plus en plus grands de la technique opératoire, les indications de ces deux opérations au point de vue obstétrical deviendront plus nombreuses. Quelles que soient les causes de la dystocie appartenant à la mère, tumeurs utérines et pelviennes,

rétrécissements extrêmes du bassin, l'hystérectomie suivie de la castration totale devra être pratiquée de préférence à l'embryotomie.

Nous avons suivi en partie le procédé opératoire préconisé par le D^r Doyen au Congrès de Genève : ablation de l'utérus de bas en haut après perforation du cul-de-sac de Douglas et préhension du col, sans hémostase préventive, sauf sur les utéro-ovariennes, beaucoup trop volumineuses pour les ouvrir sans pincement préalable, puis fermeture du péritoine pelvien au-dessus de toutes les ligatures.

Les cas d'opérations césariennes suivies d'hystérectomie totale sont encore peu nombreux. Nous résumons en quelques mots les observations que nous avons pu recueillir soit à l'étranger, soit en France.

Opérations césariennes suivies de l'extirpation totale de l'utérus.

FEHLING. *Répertoire annuel sur les progrès de l'obstétrique et de la gynécologie*, année 1895. Wiesbaden, B. II, p. 345.

Femme de 32 ans, septipare ; dans la dernière grossesse, pertes de sang, carcinome du col utérin, opération de Porro au septième mois de la grossesse et ablation du moignon par voie vaginale, parce que le carcinome était limité à la portion vaginale et les paramétriums étaient libres. Guérison. Enfant mort peu après la naissance, de faiblesse congénitale.

VON OTT, Saint-Pétersbourg. *Journal mensuel d'obstétrique et de gynécologie*, B. III, p. 166.

Carcinome du col fortement développé au neuvième mois

de la grossesse, accouchement par voie naturelle impossible. Opération césarienne et extirpation totale de l'utérus. Guérison. L'enfant vécut.

RIEPPI, 1894, *Annales d'obstétrique et de gynécologie italienne*, 1895, n° 12.

Primipare, bassin rétréci ; opération césarienne ; extirpation totale de l'utérus. Guérison. L'enfant vécut.

RIEPPI (1894). *Idem*.

Primipare, 22 ans, bassin rétréci, pertes de sang. Opération césarienne, extirpation de l'utérus. Guérison. L'enfant vécut.

RIEPPI (1895). *Idem*.

Primipare, bassin rétréci. Opération césarienne et extirpation de l'utérus. Guérison. L'enfant vécut.

SCHAUTA. *Revue mensuelle de gynécologie*, B. II, p. 152. Vienne.

Femme de 43 ans, avec bassin ostéomalacique absolument rétréci. Opération césarienne, ligature du paramétrium et du vagin, utérus enlevé, suture péritonéale et fermeture de la plaie abdominale. Guérison. L'enfant vécut.

DOWMANN. *Nederland Tydschrift v. Geneuk.*, II, n° 19, 1895.

Primipare de 37 ans, tumeur fibro-myôme interstitiel de l'utérus enclavé dans le bassin ; accouchement impossible par les voies naturelles. Section césarienne, morcellement de la tumeur et extirpation de l'utérus. Guérison. L'enfant vécut.

CARUSO rapporte 11 cas d'extirpation totale de l'utérus grévise, dont un pour ostéomalacie. (*Annales d'obstétrique et de gynécologie italiennes*, 1892-1894.)

CARUSO. Opération complémentaire de taille césarienne. *Idem.*, avril et août 1895, n° 4 et 8.

En France, GUERMONPREZ (lecture à l'Académie de médecine).

cine, le 6 août 1895): De l'hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro.

VARNIER et DELBET (31 août 1896. Service du professeur Pinard).

PIERRE DELBET (*Congrès français de chirurgie*). Ablation totale de l'utérus gravide et du fibrome. Enfant mort avant l'opération. Guérison de la mère (1).

PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT. APPLICATION DU SALICYLATE DE MÉTHYLE. GUÉRISON RAPIDE

Par le Dr René Marmasse,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Après beaucoup d'auteurs et de praticiens, j'ai essayé le salicylate de soude dans le traitement des pleurésies même non rhumatismales. Les résultats merveilleux que m'a fournis l'emploi du salicylate de méthyle dans le rhumatisme articulaire subaigu, m'ont suggéré de l'essayer au même titre que le salicylate de soude dans les pleurésies avec épanchement.

Je n'ai qu'un cas à publier aujourd'hui. Désireux d'attirer l'attention sur un usage que je crois nouveau du salicylate de méthyle, je le fais connaître, espérant que d'autres viendront apporter des observations favorables à mes conclusions.

(1) C'est la même observation que la précédente. Voyez à ce sujet *Annales de Gynécologie*, février 1897, où H. Varnier a réuni 27 opérations d'hystérectomie abdominale totale pendant la grossesse ou le travail, faites de 1879 à 1897.

(Note de la Rédaction.)

OBSERVATION. — Louis P..., âgé de 9 ans, entre à la fondation Payen (service d'enfants), où je fais la suppléance de M. le Dr Geffrier, le 12 août 1897.

Je l'examine le 13. Sans antécédents pathologiques. Cet enfant, dont la respiration est très gênée, a été pris subitement, le 7 août, de douleur de côté, qui a augmenté les jours suivants. Le maximum de la douleur siège dans les 3^e et 4^e espaces intercostaux gauches.

Inspection. — Pointe du cœur déviée à droite, bat sur le bord gauche du sternum.

Palpation. — Abolition des vibrations vocales en arrière jusqu'au 3^e espace.

Percussion. — Matité absolue remontant jusqu'à la même hauteur. Skodisme dans la région sous-claviculaire.

Auscultation. — Absence de murmure vésiculaire.

Égophonie un peu au-dessus de la pointe de l'omoplate.

Pectoriloquie aphone.

T. 39°.

Le 14. T. 40° et 40°, 2. Pouls 130.

L'épanchement a augmenté. Matité jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Point de côté persiste.

Application loco dolenti de 3 grammes de salicylate de méthyle. Le thorax est enveloppé d'une feuille de gutta, d'ouate et d'une bande assez serrée.

Le 15. T. 38°, 8. L'épanchement a diminué ; sur la ligne axillaire gauche on perçoit des frottements pleuraux. Point de côté amélioré. Pointe du cœur reportée jusqu'à sa place.

Le 16. T. 36. Disparition du point de côté, de l'égophonie, de la pectoriloquie.

Frottements sur toute la hauteur.

Matité seulement à la base.

Le 17. T. 36°, 6. Submatité à la base. Frottements rar.

Le 18. La submatité diminue.

Convalescence.

Sort le 28, guéri.

L'ENTÉROCLYSE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ (1)

Par le Dr M. Mercier.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET INDICATIONS

Le tube digestif, chez le nouveau-né, est l'organe de beaucoup le plus important. Il doit non seulement fournir à tout l'organisme les éléments nécessaires à sa nutrition, mais surtout subvenir à l'accroissement extrêmement rapide des premiers mois. Malheureusement son développement physiologique est encore très imparfait : les dents manquent, la sécrétion salivaire est faible, l'estomac est petit, la sécrétion pancréatique est incomplète, surtout au point de vue de l'amylopsine et de la trypsine, enfin les glandes de l'intestin sont mal formées. Si à cet organe incomplet on donne une nourriture difficile à digérer comme le lait de vache, si même avec le meilleur lait de la mère on dépasse les forces de l'organe, celui-ci surmené digérera incomplètement les ingesta. Le colibacille qui, dès les premières heures de la vie extra-utérine, est venu s'installer dans l'intestin pour y séjourner définitivement, trouve dans ces produits mal élaborés un milieu de culture excellent : il attaque et transforme la caséine et les peptones aux dépens desquelles il donne

(1) Thèse de Paris, 1897.

divers corps tels que l'indol, l'ammoniaque, il fait fermenter la lactose, etc. « A la multiplication du colibacille, dit A. Gilbert, sont liés et la formation de substances odorantes auxquelles les cultures empruntent leur fétidité, et le développement de gaz particulièrement abondants dans les milieux sucrés, et la production de toxines chimiquement indéterminées, mais connues dans leurs effets biologiques, dont les plus importants sont, l'hypothermie dans les infections moyennes, l'hyperthermie dans les graves infections, presque toujours la diarrhée, enfin l'émaciation et la perte des forces dans les infections chroniques. » Les toxines sécrétées sont résorbées et transportées par la veine porte au foie. Celui-ci, qui conserve encore pendant quelques mois après la naissance cette suractivité si caractéristique de la vie fœtale, est le seul viscère capable d'éliminer les poisons, et il réagit contre ces derniers par des poussées biliaires colorant les selles en vert.

Ces quelques phrases résument la pathogénie de toutes les affections du nouveau-né ayant leur origine dans le tube digestif, affections de beaucoup les plus fréquentes et les plus meurtrières à cet âge. Si l'on songe que pendant les trois premiers mois de la vie il faut être très sobre des médicaments chimiques et n'en administrer que lorsqu'il y a nécessité absolue, on est forcé de voir dans l'entéroclyse le meilleur traitement à opposer à ces affections.

En effet, l'entéroclyse produit un véritable lavage de tout le gros intestin et de la partie terminale de l'intestin

grêle, c'est-à-dire des portions du tube digestif où les fermentations sont arrivées à leur stade le plus avancé. Les grumeaux de caséine et de graisse, les matières putrides, les gaz sont entraînés par le liquide qui ressort. Les microbes qui restent, ne trouvant plus de milieu de culture pour se développer, reviennent à leur virulence normale et ne sécrètent plus de toxines en quantité suffisante pour être préjudiciables à l'organisme.

La simple introduction de la sonde agit aussi en exaltant la motricité de l'intestin dont la tonicité est souvent abaissée par la dilatation que lui font subir les gaz : la sonde agit ici comme dans la dyspepsie nervo-motrice où notre maître M. Mathieu nous a montré souvent une amélioration certaine pendant les jours suivant le repas d'épreuve. D'ailleurs, chez les nouveau-nés ne rendant pas leur méconium, ce qui se produit surtout quand ils ne têtent pas le colostrum, M. Comby recommande, au lieu du sirop de chicorée ou de tout autre laxatif, d'introduire dans l'anus un bout de gomme pour provoquer les contractions libératrices. N'est-ce pas ainsi qu'agit avec succès la tige de persil dont les matrones ont continué de se servir pour obvier à la constipation des nourrissons ?

Écoutons aussi M. Marfan : « Je mets le lavement au premier rang de tous les moyens pour lutter contre la constipation habituelle congénitale des nourrissons. Dans la forme légère, le lavement simple avec un irrigateur peut suffire à coup sûr. Mais pour peu que la constipation soit tenace, ce n'est plus le lavement ordinaire qu'il faut employer, c'est le lavage de l'intestin avec une sonde

molle assez longue, qu'il est facile de pousser très haut lorsqu'une certaine quantité de liquide a déjà pénétré dans l'intestin. »

Il est aussi une autre règle de la plus grande importance à observer : c'est que dans les premières années de la vie, toutes les spoliations d'humeurs sont bien plus nuisibles que dans l'âge adulte. On sait fort bien que des nourrissons peuvent succomber en quelques heures à une diarrhée profuse, et qu'un purgatif violent administré avant 15 mois peut engendrer une diarrhée mortelle. Il faut donc, dans tous les cas de diarrhée abondante, fournir à l'organisme l'eau qu'il perd par l'osmose intestinale. Au même titre que les injections sous-cutanées de sérum artificiel, et d'emploi plus commode dans la pratique courante, l'entéroclyse permet d'obvier à cette déperdition et est un utile adjuvant de la diète hydrique. Une partie de l'eau injectée dans l'intestin est absorbée par les capillaires, la masse sanguine est augmentée de volume, la tension du pouls se relève, les battements du cœur se ralentissent et deviennent plus frappés, le collapsus cardiaque et général a donc été évité par cet apport de liquide. Le malade qui était assoiffé par cette déshydratation a la langue qui redevient humide ; n'étant plus agité par cette soif, il reste calme, s'assoupit et permet à son système nerveux de récupérer l'influx perdu.

La température du liquide injecté a aussi une action favorable sur la température centrale, ainsi que M. Hutinel l'a montré dans la thèse de Guérin. Y a-t-il hyperten-

mie comme dans les infections gastro-intestinales à type pyrélique, on aura recours à l'entéroclyse « à 26° ou 28° si l'enfant a une fièvre vive, à 32° ou 33° si celle-ci est peu intense ». Y a-t-il au contraire hypothermie comme dans le choléra infantile, on fera des lavages chauds de l'intestin dont la température sera de 34° (Hutinel), 38° (Guérin), afin de lutter contre la tendance au refroidissement. On ne saurait toutefois généraliser l'emploi de l'entéroclyse chaude à tous les cas d'hypothermie des nouveau-nés. Lorsque l'abaissement de la température est lié à la débilité congénitale des prématurés, l'absorption intestinale se fait très difficilement; aussi en pareils cas voyons-nous notre maître, M. Bonnaire, rejeter l'entéroclyse chaude pour lui substituer les grands bains réchauffés, c'est-à-dire ayant pour température initiale la température rectale de l'enfant débile, température qu'on élève, en un laps de 15 à 20 minutes, de 3° à 4° suivant les cas.

M. Bouchard et M. P. Le Gendre ont aussi préconisé les grands lavements d'eau froide en raison de leur action favorable sur l'activité hépatique et la diurèse; il faut toutefois ne pas les donner à une température trop basse chez le nouveau-né, car dans les 10 premiers mois de la vie la tendance au refroidissement est très marquée, et l'eau froide pourrait provoquer du collapsus hypothermique. Cependant, sous leur influence les capillaires du gros intestin se resserrent et le sang qui stagne dans le domaine de la veine porte reflue dans la circulation générale. La congestion hépatique diminue, les fibres lisses des voies

biliaires sont excitées et amènent un écoulement plus abondant de la bile. La tension générale étant augmentée, la circulation est plus active au niveau des reins et il se fait une diurèse notable. Ainsi non seulement l'intestin est débarrassé des produits de fermentation, mais il se fait un véritable lavage interne, amenant l'expulsion des toxines par le rein et surtout par le foie qui dans les premiers mois de la vie est le principal émonctoire de l'organisme, tandis que plus tard une grande partie de ce travail sera dévolue aux reins.

Enfin on ne peut terminer cette étude sans parler de l'effet que peut avoir l'entéroclyse dans l'invagination intestinale; celle-ci est surtout fréquente du 4^{me} au 6^{me} mois après la naissance, mais elle peut aussi exister chez le nouveau-né : « Chez un enfant qui vient d'être pris d'invagination intestinale, écrit Jalaguier, il est indiqué d'administrer avec les plus grandes précautions un lavement d'eau tiède, légèrement salée, dont la quantité ne dépassera pas 1 litre; si la réduction semble se faire, ce dont on est averti par la disparition de la tumeur et par la cessation des symptômes, il convient de tenir l'enfant en surveillance pour voir si l'invagination ne se reproduit pas. En cas d'échec on peut renouveler une fois la tentative. Si l'invagination ne se réduit pas, ou si elle reparait après réduction, la laparotomie immédiate s'impose. »

Les indications thérapeutiques de l'entéroclyse sont, comme on le voit, innombrables et souvent très efficaces. C'est une méthode qui a acquis dans le traitement de

affections intestinales du nouveau-né et du nourrisson une importance aussi grande que celle des lavages de l'estomac dans les gastropathies, et que celle des bains froids dans les affections fébriles. Aussi son emploi s'est rapidement généralisé, et actuellement tous les pédiatres sont unanimes à le recommander, ainsi qu'en témoignent tous les traités récents de Maladies des Enfants.

Nous ne pouvons terminer cette étude générale sans exposer ce que nous avons vu à l'hôpital Tenon, dans le service de notre excellent maître M. Bonnaire. Tous les enfants sont nourris au sein, soit par leur mère, soit par une nourrice, excepté, bien entendu, dans le cas de syphilis avec lait maternel insuffisant. Grâce à l'allaitement au sein et grâce à la surveillance très stricte exercée sur tous les nouveau-nés au sujet de la qualité des garde-robes, du météorisme intestinal, de la température et de la courbe d'accroissement, nous n'avons pas eu à observer de cas graves d'infection gastro-intestinale à forme pyrétique ni à forme algide ; aussi peut-on dire que la mortalité infantile a été presque nulle si l'on retire de la statistique les enfants morts dans les 2 ou 3 premiers jours après l'accouchement.

Les causes principales des troubles gastro-intestinaux que nous avons pu voir ont été la surcharge alimentaire de l'enfant et surtout la qualité défectueuse du lait maternel, dépendant, soit des émotions de la mère, soit des ingesta de mauvaise qualité apportés à celle-ci lors des visites à l'hôpital ; régulièrement nous voyions, dans les premiers

temps de notre service à la Maternité de Tenon, apparaître la diarrhée verte et fétide, avec défaut d'élaboration de la caséine, chez près de la moitié des enfants, le soir ou la nuit suivant les visites avec apport d'aliments insalubres, et il a suffi de réglementer ces visites pour voir disparaître ces troubles gastro-intestinaux en séries.

L'entérocluse a été, à défaut d'infections graves, employée surtout contre le tympanisme abdominal et les selles fétides, c'est-à-dire dans tous les cas où la nombreuse flore bactérienne intestinale et principalement le colibacille trouvaient dans les *ingesta* mal digérés un milieu de culture excellent dont la conséquence était la production de gaz, de toxines, de substances odorantes.

Lorsque l'enfant présentait de la diarrhée verte avec acidité normale des selles, sans fétidité des garde-robes, ni météorisme, on se contentait d'administrer un peu d'eau de Vichy au moment des tétées. Aux cas où dans les selles diarrhéiques apparaissent de nombreux et volumineux grumeaux de caséine, nous avons vu employer avec succès, pour compléter la digestion du lait, des prises, soit de pepsine, soit de pancréatine, à raison de 5 centigrammes par repas.

TECHNIQUE DE L'ENTÉROCLUSE

M. Angerant, dans sa thèse, décrit le manuel opératoire chez l'adulte, et Guérin a fait le même travail pour l'enfant. Chez le nouveau-né la technique est à peu près la même, sauf quelques différences de détail.

L'instrumentation est très facile à réaliser. Un bock ordinaire à injection vaginale et une sonde de Nélaton, n° 15 à 20 de la filière Charrière, suffisent pour tous les cas ; point n'est besoin de système empêchant le liquide de refluer dans le bock ni d'instruments pour assurer la fermeture hermétique de l'anus.

L'opérateur s'assoit sur une chaise, les genoux recouverts d'une toile caoutchoutée ou d'un imperméable quelconque. L'enfant est placé en travers, de façon que le siège déborde légèrement le bord externe des cuisses et qu'il soit un peu au-dessus du niveau du reste du corps. Une précaution très importante, c'est que l'enfant soit dans le décubitus latéro-dorsal droit, c'est-à-dire que la hanche gauche soit plus haute que la droite : tous les auteurs insistent avec raison sur ce point. Le Dr Hall, dans ses expériences, avait déjà constaté que si l'on plaçait le sujet sur le côté droit on pouvait introduire une bien plus grande quantité de liquide. Les docteurs Lesage et Dauriac ont constaté les mêmes faits ; ils donnent pour explication que les gaz du gros intestin, chassés par le liquide, au lieu de remonter vers l'anus, viennent s'accumuler dans le cœcum, si le sujet n'est pas couché sur le côté droit, distendent cet organe, affrontent les lèvres de la valvule iléo-cœcale et empêchent même le liquide d'arriver au cœcum.

Pour réaliser cette condition, il suffit de tenir dans la main gauche les jambes de l'enfant réunies, et de les incliner de façon à les diriger de haut en bas et d'arrière en avant, tandis que l'on serre l'enfant entre le coude

gauche et le plan antérieur du corps de l'opérateur. On saisit alors de la main droite la sonde, qu'il est préférable d'avoir stérilisée auparavant dans l'eau bouillante; on laisse couler une partie du liquide de façon à ne pas faire entrer d'air dans l'intestin; après avoir simplement mouillé la sonde on l'introduit dans l'anus, on la pousse jusqu'à ce que l'on perçoive un obstacle assez sérieux, obstacle rencontré ordinairement après que la sonde est entrée sur une hauteur de 15 à 20 centimètres.

A ce moment, l'aide soulève le bock, et le liquide pénètre facilement dans le gros intestin pendant que l'opérateur, avec les doigts maintenant la sonde, ferme hermétiquement l'orifice anal pour empêcher le reflux du liquide. Quand tout le liquide s'est écoulé, on peut soit le laisser sortir par la sonde maintenue dans l'intestin, soit retirer celle-ci de façon que l'enfant rejette lui-même le liquide introduit, ce qui se fait aussitôt après.

La quantité de liquide employée à l'hôpital Tenon est de un demi-litre pour chaque injection. Nous avons montré, par nos expériences, qu'avec ce volume tout le gros intestin était lavé ainsi que le tiers inférieur de l'iléon. L'eau qui sert à l'injection doit avoir été bouillie; on peut l'administrer soit additionnée avec de l'acide borique, soit avec 6 à 7 gr. de Na Cl par litre. Lorsque les selles sont très fétides, M. Bonnaire remplace l'eau boriquée par une solution saturée de naphтол. La solubilité du naphтол dans l'eau est très faible: elle n'atteint pas 20 centigr. par litre. M. Bonnaire a imaginé de faire

dissoudre le naphthol dans l'eau au préalable additionnée de 10 gr. de borax par litre, et grâce à l'action de présence du borax la solubilité s'élève à 1 gr. p. 1000. Si les selles offrent un aspect glaireux, comme vernissé, ce qui est l'indice de l'inflammation des derniers segments du gros intestin, on administre une entéroclyse à l'amidon : il suffit de mettre cuire une cuillerée à café d'amidon dans un quart de litre d'eau, et ensuite de remplir à un litre.

La température de l'injection chez le nouveau-né s'écartera peu de la température centrale du corps, car dans les dix premiers mois de la vie la tendance au refroidissement est très marquée, et l'eau froide pourrait provoquer du collapsus hypothermique, comme les bains froids à cet âge.

La hauteur à laquelle l'aide élèvera le bock ne dépassera pas 60 à 75 centimètres. Tous ceux qui ont fait des recherches sur ce sujet ont, en effet, constaté qu'il suffit d'élever le bock de 20 à 30 centimètres pour permettre au liquide de pénétrer profondément, et même d'après Lesage, Dauriac et Angerant, les pressions faibles seraient une des conditions du succès pour que le liquide pût traverser la valvule iléo-cæcale.

L'entéroclyse sera faite une ou deux fois par jour, suivant l'intensité des fermentations. Elle sera répétée les jours suivants, jusqu'à ce que le tympanisme abdominal ait disparu et que les selles aient perdu leur odeur fétide.

A peine le petit malade a-t-il expulsé le liquide jaune verdâtre contenant des débris alimentaires, et très sou-

vent accompagné de la sortie d'un grand nombre de gaz, que l'on constate une amélioration marquée. Le ventre, de dur et tympanique qu'il était, est redevenu souple comme par enchantement, et donne à la percussion un son normal; les premières selles après l'entéroclyse ont perdu leur fétidité et ont l'aspect presque normal. Cependant, il faut ajouter que très souvent, surtout au début du traitement, au bout de quelques heures, le ventre est tympanisé de nouveau et les selles reprennent leur fétidité; par l'entéroclyse répétée, cette reproduction des phénomènes morbides se fait de plus en plus tardivement pour enfin disparaître entièrement.

Cette méthode présente-t-elle des difficultés ou des dangers? Lorsque l'entéroclyse est faite selon les règles édictées, on peut dire qu'ils sont exceptionnels et existent plutôt à l'état théorique.

La sonde, parfois, pénètre difficilement: dans certains cas, elle ne peut s'enfoncer de plus de 6 à 10 centimètres, quelles que soient les tentatives.

La cause de cette difficulté nous échappe entièrement, car nous n'osons pas invoquer un rétrécissement rectal; le siège en est ordinairement assez bas et s'accompagne presque toujours de constipation ou quelquefois d'occlusion; peut-être des inflexions nombreuses et spéciales de l'S iliaque peuvent-elles suffire à arrêter la progression: c'est là une simple vue de l'esprit que nous n'avons pu confirmer. Dans d'autres cas la sonde, une fois entrée, est repoussée par les contractions de l'intestin, à mesure qu'elle

est enfoncée : de la patience suffit ordinairement à surmonter cet obstacle, qui n'est que passager.

On peut voir les gaz intestinaux traverser le tube de caoutchouc et venir barboter dans le contenu du bock, et parfois être accompagnés de matières fécales qui souillent le liquide de l'injection : M. Lesage a proposé une espèce de soupape pour empêcher ce reflux, mais elle est ordinairement inutile, car c'est un accident exceptionnel.

Une difficulté assez fréquente consiste à empêcher le liquide de s'échapper entre les parois de la sonde et celles de l'orifice anal ; point n'est besoin de bouchon conique pour y remédier, il suffit, avec un peu d'habitude, de bien appliquer les doigts tenant la sonde contre l'orifice anal ; on peut aussi entourer la sonde d'un tampon de ouate sur lequel s'exercera la pression.

On a signalé le reflux du liquide jusque dans l'estomac, d'où il était rejeté par vomissement ; dans ces cas, l'entéroclyse s'est transformée en lavage de tout le tube digestif selon le procédé de Dauriac et Lesage. Lorsque le liquide injecté dépasse le gros intestin, l'enfant pourrait manifester des signes de coliques intestinales : c'est un accident que nous n'avons jamais constaté ; il est vrai que d'après M. Hutinel, dans la thèse de Guérin, il ne se produirait qu'avec des liquides de température inférieure à celle du corps. Pour les combattre, il suffit de couvrir l'abdomen de compresses très chaudes.

L'abus du lavage a été accusé d'amener la dilatation de l'intestin avec atonie consécutive ; aussi Guérin recom-

mande de ne pas les prolonger plus de 4 ou 5 jours. Dans une de nos observations où l'entéroclyse avait été faite pendant 8 jours, matin et soir, l'autopsie a montré une dilatation de tout le colon transverse, du colon descendant et du cœcum ; toutefois, on peut aussi bien attribuer cette dilatation à l'affection intestinale, ou même à un état congénital. M. Lesage, qui a étudié la morphologie du gros intestin dans la thèse d'Angerant, distingue en effet deux types différents, dont l'un est caractérisé par la dilatation des mêmes segments signalée dans notre autopsie ; en outre, M. Marfan a constaté aussi cette dilatation sur presque tous les nourrissons morts de dyspepsie chronique gastro-intestinale.

Nous ne ferons que signaler pour mémoire les cas de rupture de l'intestin. Il faut employer pour cela une pression considérable, et même dans ces cas elle n'arrive que lorsqu'elle est pratiquée sur des intestins invaginés depuis quelque temps ; elle n'est admise dans cette affection, suivant Bryant, que dans les trois premiers jours, et encore seulement dans les cas d'acuité moyenne : il ne faut pas oublier en effet que les altérations peuvent être très précoces.

En résumé, les dangers de l'entéroclyse sont insignifiants, et l'on peut sans crainte en remettre l'application aux parents et aux gardes-malades après leur en avoir indiqué la technique.

LE TRAITEMENT DU TÆNIA CHEZ LES ENFANTS

Quelle que soit l'espèce du tænia, le traitement est le même.

A quel moment doit-on tenter l'expulsion d'un tænia?
Quand il est arrivé à son entier développement : pour le tænia inerme, ce moment est indiqué par la sortie spontanée de cucurbitains par l'anus, isolés ou mélangés aux matières fécales. Pour les deux autres, ce point de repère n'existe pas, car le tænia solium ne perd qu'un cucurbitain pendant le même temps où le tænia inerme en expulse vingt, et les anneaux du botriocéphale ne se séparent pas isolément; pour ces deux vers, on calcule qu'il faut trois ou quatre mois pour atteindre le développement nécessaire pour que le traitement ait chance de réussite.

Le traitement se résume à *engourdir le ver, puis à l'expulser comme un corps étranger par une purgation* (Laboulbène). Il faut ainsi recourir à deux sortes de médicaments associés : les *tænicides* qui endorment le ver et le font se recroqueviller; les *tænifuges* qui le font évacuer, quand il est ainsi devenu inerte.

Les *tænicides* proposés sont nombreux : kousso, kamala, semence de courge, fougère mâle, écorce de racine de grenadier, pelletière, naphthaline, chloroforme, térébenthine, mais aucun n'a une action infailible. L'*extrait*

éthéré de fougère mâle est le plus en faveur aujourd'hui; facile de dosage et d'emploi, il donne la plus grande proportion de succès chez les enfants. Son dosage peut se formuler ainsi : presque autant de grammes que d'années (Simon) :

A 4 ans, 3 à 4 grammes ;

A 5 et 6 ans, 4 grammes ;

De 7 à 10 ans, 5 à 6 grammes ;

A partir de 12 à 15 ans, 6, 7, 8 grammes, qui sont des doses d'adulte.

Les *purgatifs* employés comme *tœnifuges* sont le *calomel* et l'*huile de ricin*.

Combien de temps après le tœnicide doit-on prendre le purgatif ou tœnifuge ? On tend aujourd'hui à le donner peu de temps après, 20 à 30 minutes, ou même à les administrer ensemble dans la même prise. L'action stupéfiante sur le ver a une courte durée et le purgatif doit arriver à ce moment pour avoir chance d'en provoquer l'expulsion, quand le *tœnia* engourdi, pelotonné, n'est plus fixé par ses crochets à la paroi intestinale. Bérenger-Féraud pense que l'apparition des premières coliques est l'indice de ce moment opportun, environ 20 minutes après le tœnicide. Il y a un « tour de main », suivant l'expression de Dujardin-Beaumetz, pour trouver le moment où le ver se pelotonne sur lui-même, car il est probable que la plus ou moins grande rapidité d'action du tœnicide doit varier suivant les cas, et l'application plus ou moins heureuse de ce détail est pour beaucoup dans le résultat final. Si, dans la majorité des cas, le purgatif agit mieux donné

rapidement, quelquefois c'est en le faisant prendre deux heures après le tænifuge, qu'on a pu obtenir, avec sa tête, un tænia qu'on avait « raté » plusieurs fois auparavant.

En règle générale, donner les deux médicaments très près l'un de l'autre ou ensemble ; les nombreux cas de succès signalés récemment ont été obtenus par ce dernier système : c'est le procédé de Créquy qui associe l'extrait éthéré de fougère mâle au calomel :

Extrait éthéré de fougère mâle.. 0,50 centigr.

Calomel..... 0,05 —

Pour une capsule.

A prendre deux par deux toutes les dix minutes.

Pour un adulte, la dose est de 16 capsules.

Pour un enfant, le nombre de capsules à donner varie suivant la dose de fougère mâle proportionnée à l'âge.

Quand l'enfant est assez grand pour avaler des capsules, c'est le mode d'administration le meilleur, car le goût répugnant du médicament est masqué ; si on ne peut avoir recours aux capsules, Duchesne a conseillé de faire une gelée dans laquelle la fougère mâle est incorporée ; c'est encore acceptable et bien supérieur à toutes les potions.

Voici la formule qui nous a paru la meilleure (Jollivet).

Faire dissoudre au bain-marie :

Gélatine pure (Grénétine)..... 0 gr. 40

Dans :

Eau..... 10 gr.

Ajouter :

Sucre..... 6 gr. 25

Quand le mélange commence à se refroidir, ajouter :

Extrait éthéré de fougère mâle...	4 gr.
Calomel.....	0 gr. 40
Essence de menthe, de citron ou d'anis.....	II gouttes.

Agiter jusqu'à ce que la masse se prenne en gelée; on obtient ainsi la consistance de la gelée de groseilles; découpée par tranches, elle est avalée facilement dans une cuillerée de liquide.

L'extrait éthéré de fougère mâle se mélange bien à l'huile de ricin, et l'action de ce purgatif est au moins aussi efficace que le calomel:

Extrait éthéré de fougère mâle.....	2 gr.
Huile de ricin.....	15 —
Sirop de menthe.....	20 —

A prendre, en deux fois, le matin à jeun (Blache).

La térébenthine a des propriétés tœnicides mises en évidence autrefois par Chabert; Baumel l'ajoute à la fougère mâle:

Huile éthérée de fougère mâle.....	3 gr.
Sirop de térébenthine.....	25 —
Eau distillée.....	25 —
Gomme arabique pulvérisée.....	2 —

A prendre, en une seule fois, dans une quantité égale de lait.
Deux heures après:

Huile de ricin.....	15 gr.
---------------------	--------

Cette préparation a réussi chez un enfant de 6 ans chez lequel tous les autres remèdes essayés auparavant (semences de courge mondée, écorce fraîche de racine de grenadier, et même sulfate de pelletière et tanin) n'avaient pas donné de résultats (Baumel).

Combiné à l'huile de ricin et au chloroforme, suivant la formule du Dr Duhourcau, l'extrait éthéré de fougère mâle agit bien et à dose plus faible, « près de quatre fois moindre », que dans les autres préparations. Ce procédé a donné de nombreux succès d'après les publications récentes de son auteur :

Extrait éthéré de fougère mâle.....	1 gr. 20
Chloroforme pur.....	3 gr. 60
Huile de ricin.....	4 gr. 20
Huile de croton.....	Une 1/2 goutte

A diviser en douze capsules ; c'est la dose d'un adulte.

Prendre ces capsules le matin à jeun, chacune dans une cuillerée d'eau pure ou sucrée, en 12 ou 15 minutes ; boire le moins possible ;

Pour les enfants au-dessous de 12 ans, donner autant de capsules que l'enfant compte d'années. Si l'enfant est trop jeune pour avaler les capsules, les ouvrir une à une d'un coup de ciseaux, les exprimer dans une cuillerée à café ou un petit verre et tout faire avaler d'un trait ; de suite après, donner un peu de vin sucré ou toute autre liqueur agréable, puis plus rien. Dans ce cas, donner une capsule de plus (6 pour un enfant de 5 ans) pour compenser le liquide resté dans les enveloppes non absorbées (Duhourcau).

Le koussou, le kamala, l'écorce de racines de grenadier ne sont plus guère employés, car ils sont moins efficaces que la fougère mâle et d'une administration aussi difficile, par suite de leur mauvais goût.

Les semences de courge ne valent pas beaucoup mieux,

cependant elles peuvent être essayées dans des cas d'échec par d'autres procédés :

Semences de courges mondées..	20 grammes.
Sucre.....	25 —
Lait.....	60 —
Essence de citron..	X gouttes.

Deux heures après :

Huile de ricin.....	15 grammes.
---------------------	-------------

Pour un enfant de 6 ans (Baumel).

La *pelletierine* est réputée dangereuse chez l'enfant et on doit en principe en rejeter l'emploi ; cependant il faut savoir qu'elle a été donnée quelquefois sans inconvénients ; chez un garçon de 5 ans, d'Espine et Picot l'ont administrée avec un plein succès à la dose d'une cuillerée à café de la solution Tanret (0,06 centigr. de sulfate). Baumel l'avait donnée à la dose de 0,06 centigr. une première fois, puis de 0,10 centigr. une seconde fois, chez cet enfant de 6 ans dont nous avons déjà parlé.

Sulfate de pelletierine.....	0,06 centigr.
Tanin	0,10 —
Potion gommeuse.....	150 gr.

A prendre en trois fois à une demi-heure d'intervalle.

Deux heures après :

Follicules de séné.....	5 gr.
-------------------------	-------

En infusion dans :

Sirop d'écorces d'oranges amères..	50 gr.
Eau.....	150 gr.

A prendre en une seule fois.

Ces faits sont à retenir, à titre exceptionnel sans doute mais comme il faut, avec tous les ténifurges, s'attendre

des insuccès (Béranger-Féraud), il faut aussi avoir à sa disposition des moyens variés et en user successivement suivant les besoins.

Un adjuvant utile du tænifuge est dans les précautions dont on entoure son administration, petits détails très importants et dont l'oubli fréquent entre, pour une large part, dans beaucoup d'insuccès qui sont alors imputés, à tort, au médicament :

1° Pendant les dernières vingt-quatre heures, diète lactée.

2° La veille, dans la soiréc, lavement purgatif.

3° Le matin, avant la prise du médicament, un grand lavement d'eau bouillie.

(Ces trois prescriptions ont pour but d'assurer la vacuité de l'intestin et par suite le contact possible du ver et du tænicide.)

4° Donner ensuite la fougère mâle à jeun.

5° Tenir l'enfant au lit pour éviter les vertiges.

6° Se retenir le plus longtemps possible avant d'aller à la selle.

7° Aller à la garde-robe sur un vase plein d'eau tiède, l'anus baignant dans l'eau, pour éviter que le poids du ver ne fasse rompre les anneaux ; de même, ne faire aucune traction sur le ver à demi expulsé.

Le critérium de la réussite du traitement est l'expulsion de la tête du ver ; sans cette condition, quelle que soit la longueur obtenue de ce ruban plat que forment les anneaux réunis, la guérison n'est pas assurée et le tænia

se reproduira. Aussi doit-on rechercher avec soin la tête dans les produits expulsés : c'est la partie la plus fine et la plus petite du ver ; son volume, chez le *tænia inermis*, est assez gros pour être distingué à l'œil nu, cependant il faut toujours se munir d'une loupe. Aplatie à la partie supérieure, elle a une forme quadrilatère ; à chacun des quatre angles existe un petit suçoir ou ventouse, sorte de cupule placée dans l'épaisseur de la tête et s'ouvrant à l'extérieur par un petit orifice. Chez le *tænia solium* ou armé, au centre, à égale distance des quatre ventouses, existe une petite élevation recouverte de deux rangs concentriques de quinze crochets qui ne sont visibles qu'au microscope. Cette recherche de la tête est souvent difficile et demande du temps ; pour la faciliter, M. Cantrelle recommande de recevoir le ver dans un tamis de crin noir à mailles très serrées et de l'y laver à grande eau.

Si l'expulsion du ver a été incomplète, le traitement sera recommencé au bout de deux mois.

Dans l'intervalle, on donnera de l'arsenic ; administré pendant longtemps, il peut provoquer l'expulsion du ver. En tout cas il contribuera à en gêner le développement et sera toujours un bon tonique pour l'enfant.

(D'après le *Journal des Praticiens*. CARRON DE LA CARRIÈRE.)

Le Gérant : G. STEINHEIL.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Octobre 1897.

SOMMAIRE :

L'affaire Laporte, par le D ^r H. VARNIER.....	289
Traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air, par le D ^r ABEL CONTAL.....	312

L'AFFAIRE LAPORTE

LE PROCÈS-VERBAL D'AUTOPSIE. DISCUSSION

Par **M. Varnier.**

Professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Paris.

Accoucheur des hôpitaux.

Les débats de la 9^e chambre correctionnelle et surtout la communication, faite par la défense, du procès-verbal d'autopsie et du rapport des experts permettent de voir enfin clair dans cette singulière affaire de responsabilité médicale.

On a beaucoup reproché au juge d'instruction d'avoir arrêté et d'avoir maintenu à sa disposition notre malheureux confrère. Je ne veux certes pas plaider les circonstances atténuantes ; il est cependant juste de faire connaître l'extraordinaire pièce médico-légale sous laquelle M. Bertulus abritait une rigueur inusitée :

La voici :

« Je viens de pratiquer devant vous, en présence de l'inculpé Laporte, l'autopsie du cadavre de M^{me} Fresquet.

« Voici mes conclusions sommaires :

« Laporte en pratiquant cet accouchement a agi avec imprudence, maladresse et inobservation des règles de l'art.

Il a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet.

« Signé : SOCQUET. »

Donc, aux yeux de l'expert qui venait d'examiner les pièces la culpabilité ne faisait pas de doute. Et vous comprenez déjà mieux que le juge d'instruction ne se soit pas senti porté à l'indulgence.

Mais en même temps vous vous dites : les constatations médico-légales devaient être de la dernière évidence pour que le médecin légiste ait écrit ce qui précède.

Voyons donc et discutons le procès-verbal d'autopsie rédigé par M. Socquet.

Pour rester sur le terrain scientifique je supposerai ceci : un élève en médecine a recueilli à l'autopsie une pièce qui lui paraît démonstrative ; il me l'apporte pour le musée de la Clinique en me priant de l'y garder comme un exemple de « Double perforation vésicale produite par un instrument piquant au cours d'un accouchement artificiel dans un cas de bassin rétréci ».

Avant même d'examiner la pièce je veux naturellement savoir dans quelles conditions elle a été recueillie. Et on me donne à lire le procès-verbal d'autopsie ainsi conçu :

(1) Pour permettre au lecteur de suivre plus facilement cette discussion, nous indiquons par un filet en marge tout ce qui est la reproduction intégrale du rapport du Dr Socquet.

« Le cadavre est celui d'une femme de petite taille, 1 m. 48, paraissant bien constituée et ne présentant aucun signe apparent de rachitisme. On ne constate aucune trace de violences apparentes sur les différentes parties du corps. Par la cavité vaginale s'écoule un peu de sang. Avant de procéder à l'ouverture du corps, nous avons procédé, à l'aide du doigt indicateur, à la mensuration du diamètre sacro-pubien, nous avons ainsi obtenu comme dimension du diamètre antéro-postérieur, **défalcation faite pour l'épaisseur du pubis**, (1) 9 centimètres $1/2$. »

Me voici dès l'abord fâcheusement impressionné. Pourquoi ? Est-ce parce que la mensuration a été faite par un procédé notoirement imparfait, capable de donner lieu à des erreurs de 2 centimètres ? Non. Il ne me vient pas un seul instant à la pensée que tout à l'heure, lorsqu'il aura le bassin sous les yeux, accessible au compas et à la règle, le médecin chargé de l'autopsie aura négligé une mensuration précise, scientifique (et non plus *d'ordre conjectural*) d'une importance capitale dans l'espèce. Ce renseignement se trouvera sans doute plus loin. Si mon attention est mise en éveil par cette phrase, c'est parce qu'elle renferme une proposition qui a déjà fait refuser plus d'un candidat au 3^e ; car elle témoigne que le candidat ne sait pas, n'a pas compris pourquoi on doit défalquer quelque chose de la mensuration digitale pour connaître le promonto-pubien minimum. Vous le savez, vous tous qui me lisez, je n'insiste pas.

Certes, dans quelques cas, pour juger la question : « Faut-il déduire 15 ou 20 mm. ? » il est nécessaire de tenir compte de certaines particularités, savoir : la hauteur du pubis, son

(1) Les passages imprimés en caractères gras sont soulignés par moi.

(H. V.)

inclinaison, enfin, et accessoirement seulement son épaisseur. Si tel était le cas, il fallait dire ce que l'épaisseur de cette symphyse avait d'anormal ; il fallait la mesurer, il fallait noter cette mesure pour servir ce que de droit. Or rien de tout cela dans le procès-verbal. Mais, encore une fois, peu importe cette mensuration approximative. Évidemment nous devons trouver plus loin, scientifiquement établies, les dimensions du bassin.

Continuons donc :

« A l'ouverture de la cavité abdominale, nous constatons dans la région de la fosse iliaque droite un épanchement de liquide sanieux exhalant une forte odeur fétide ; à ce niveau les anses intestinales sont rouges et congestionnées, réunies par quelques adhérences récentes.

« Après avoir disjoint la symphyse pubienne, nous avons enlevé en masse, avec le couteau à cerveau, l'utérus et ses annexes y compris la vessie, la cavité vaginale entière et l'extrémité du rectum ; le tout a été ensuite porté sur un plateau.

« Après avoir introduit par le canal de l'urèthre une sonde cannelée à l'intérieur de la vessie, nous avons, avec des ciseaux, fait une longue incision sur la face antérieure de la vessie. Celle-ci était absolument vide. Lorsque la vessie a été ouverte nous avons très nettement constaté sur la face interne la présence de 2 perforations, linéaires quand on tend un peu la paroi, mais restant au contraire béantes et à peu près circulaires quand la paroi est flasque (1) relâchée. L'une de ces perforations siège sur la face postérieure le

(1) Sur la copie qui m'a été confiée on peut lire soit : *flasque, relâchée*, soit *plus que relâchée*. Choisissez. (H. V.)

la vessie et communique avec le col de l'utérus ; cette perforation utéro-vésicale mesure 2 centim. de longueur. L'autre perforation siège sur la paroi latérale droite de la vessie, à 4 centim. de la précédente et à peu près sur la même ligne horizontale ; cette perforation vésico-péritonéale mesure également 2 centim. de longueur. Au niveau de ces 2 perforations la muqueuse vésicale est infiltrée de sang. »

Là-dessus je m'arrête, et je prie l'élève de remporter sa pièce qui jamais ne figurera dans le musée avec l'étiquette : « Double perforation de la vessie produite par un instrument piquant au cours d'un accouchement artificiel dans un cas de bassin rétréci ».

Pourquoi ? C'est tout simple. Vous l'avez tous compris.

Parce que, lui fais-je observer, vous n'avez constaté les dites perforations : 1° qu'après avoir enlevé en masse, avec le couteau à cerveau, l'utérus et ses annexes y compris la vessie, la cavité (!) vaginale entière et l'extrémité du rectum et porté le tout sur un plateau ; 2° qu'après avoir introduit vous-même dans la vessie : a) une sonde cannelée, b) des ciseaux.

Rien ne prouve que la perforation vésico-péritonéale (la seule importante dans l'espèce — puisque c'est par elle qu'à votre dire l'urine a coulé dans le péritoine, entraînant une péritonite mortelle — ne s'est pas produite :

1°. Au cours de l'ablation en masse des viscères pelviens et par traction sur des adhérences établies entre quelqu'un d'entre eux et une portion de la vessie profondément contuse, je vous l'accorde, mais non encore trouée ; et cela par le même mécanisme qui entraîne, au cours de l'ablation d'une tumeur abdominale, la déchirure, la perforation de l'intestin adhérent ;

2° Au cours des manœuvres intra-vésicales faites par vous-même à l'aide d'une sonde cannelée et de ciseaux.

Vous avez beau dire : « Nous constatons dans la région de la fosse iliaque droite un épanchement de liquide sanieux exhalant une forte odeur fétide. »

Cela ne suffit pas à établir l'existence de la perforation vésico-péritonéale avant toute intervention de votre part. Vous avez beau ajouter plus loin (1) : « 36 heures après l'accouchement la femme n'avait pas encore uriné. Le cathétérisme vésical pratiqué par la sage-femme n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide. Ce fait s'explique aisément par la double perforation de la vessie, les urines s'écoulant directement dans la cavité péritonéale. »

Une question reste sans solution. Si votre perforation existait avant les manœuvres d'autopsie, l'accouchée a, pendant 2 jours, vous venez de le dire, uriné dans son péritoine.

Ce liquide sanieux, exhalant une odeur fétide, combien de centimètres cubes en avez-vous donc recueilli ? L'avez-vous mesuré ? Si oui, ce que ne dit pas le procès-verbal d'autopsie, avait-il une odeur « urineuse » ? Vous n'en dites rien. L'avez-vous fait analyser ? Vous n'en dites rien non plus.

Si vous arguez maintenant, un peu tard, que la malade ayant, à votre avis, une perforation utéro-vésicale, la majeure partie de l'urine a pu s'écouler par le vagin, je vous demanderai si chez elle ou à l'hôpital on a constaté que cette femme se mouillait constamment, s'il est dit quelque part, s'il a été vu par quelqu'un que pendant la vie l'urine s'écoulait par le vagin ?

Vous comprenez toute la valeur de ces objections ; au point

(1) Voyez page 310, lignes 32 à 36.

de vue scientifique, elles frappent de nullité votre procès-verbal d'autopsie.

Que deviez-vous donc faire pour établir, sans discussion possible, l'existence pendant la vie de la *double* perforation ?

Ceci :

Soupçonnant l'existence de lésions capables d'entraîner la mort à la suite de blessures instrumentales au cours d'un accouchement laborieux, vous deviez rechercher ces lésions *sur les organes en place, avant toute intervention instrumentale de votre part.*

Où pouvaient siéger les perforations capables d'entraîner une péritonite mortelle ? Soit sur le cul-de-sac postérieur et le rectum ; soit sur l'utérus même ; soit sur la vessie.

Pour cette dernière, qui s'offrait d'abord à vous, que fallait-il faire ?

Il fallait introduire par l'urèthre une sonde molle, incapable de déterminer la perforation d'un point même très affaibli de la paroi ; et par cette sonde, sous une pression très douce, pousser dans la vessie un liquide quelconque, de l'eau.

Si cette eau s'était alors écoulée 1° par le vagin, 2° dans le ventre, vous auriez eu *le droit* de dire : Sur le cadavre encore intact, tel qu'il nous fut apporté à la salle d'autopsie, il existait une double perforation vésico-génitale et vésico-abdominale ; et *le devoir* d'ajouter : cette dernière siégeant exactement à tel endroit et présentant, *vue par la face externe de la vessie non encore ouverte*, tels et tels caractères.

Ce premier point établi, et laissant toujours les organes *n place*, ayant mesuré au compas d'épaisseur le diamètre

promonto-pubien-minimum, examiné de près la symphyse, noté s'il existait un bourrelet saillant du fibro-cartilage, sa consistance, son degré de saillie et d'acuité, vous aviez, mais alors seulement, à sectionner la symphyse pubienne pour inciser facilement, sur la paroi antérieure mise à découvert, la vessie maintenue dans ses rapports avec le bassin et les autres organes.

Il ne s'agissait plus en effet, pour vous, de savoir s'il existait une double perforation : vous veniez (dans mon hypothèse) de l'établir scientifiquement. Il s'agissait d'examiner les caractères objectifs de ces perforations, déjà reconnues, afin de vous prononcer sur leur nature et sur leur mode de production.

Vous les supposiez faites par une aiguille à matelas de 21 centim. et demi de long ; et par une seule piqure de cette aiguille introduite par le vagin et l'utérus, c'est-à-dire dans le plan médian.

Après les avoir décrites, mesurées, topographiées : 1° l'une par rapport à l'autre ; 2° dans leurs rapports avec les organes voisins, ce que vous n'avez pas fait ; 3° dans leurs rapports avec la paroi pelvienne, ce que vous n'avez pas fait, il fallait essayer de les cathétériser ensemble, de les enfiler d'un coup à l'aide d'une aiguille de matelassier de 21 centim. et demi de long et émoussée, introduite par le vagin et l'utérus ; il fallait voir et dire s'il était possible, dans ces conditions, de relier ensemble ces deux perforations situées *sur un même plan horizontal.*

Si vous l'aviez pu faire (et si les caractères objectifs de ces perforations cadraient avec la forme et les dimensions du cathéter) vous auriez été, mais alors seulement, en droit de conclure qu'elles *pouvaient* en effet avoir été produit

par l'aiguille ; jamais, en aucun cas, *qu'elles l'avaient sûrement été !*

Car une autre question devait alors se poser : « Ces perforations n'ont-elles pas pu être produites par le seul fait des tentatives d'engagement de la tête fœtale dans le bassin rétréci, même avant tout essai de perforation du crâne, et au cours des trois applications de forceps ? Existe-t-il, au voisinage des endroits atteints, des conditions anatomiques prédisposant à la production de perforations, traumatiques il est vrai, mais que ne peuvent éviter en pareil cas les opérateurs les plus expérimentés ? Et c'est ici qu'il importait de savoir avec précision, outre les rapports exacts des perforations avec la paroi osseuse, comment était fait ce bassin. Quels étaient ses diamètres exacts ? Était-il symétrique ou asymétrique ? A quelle catégorie de bassins viciés appartenait-il ? N'était-ce pas un oblique ovalaire ? Avez-vous mesuré la distance du promontoire à chacune des symphyses sacro-iliaques mises à nu ? Le bassin était-il épineux ?

Vous me dites — bien qu'on n'en trouve pas trace dans votre observation — que vous avez vu le bassin et qu'il n'était pas épineux. Que vous ayez regardé le bassin c'est possible ; que vous l'ayez vu, c'est une autre affaire. On ne peut pas dire qu'on a vu un bassin, ce qui s'appelle vu, quand on ne l'a pas mesuré et examiné en tous sens, 1° à l'état frais, 2° à l'état sec. Car c'est seulement sur le bassin sec, et préparé *ad hoc*, que l'on peut reconnaître telle irrégularité de forme, telle saillie osseuse anormale, telle épine capables d'expliquer la production, au cours d'une application de forceps même bien conduite, de perforations et d'attritions vésicales semblables celles que vous dites avoir constatées.

Au moins avez-vous conservé ce bassin ? On pourrait l'étudier à tous ces points de vue. *Non, vous ne l'avez pas !* Voilà qui passe la mesure. N'avez-vous donc pas compris que dans le problème posé la solution ne pouvait résulter que de la comparaison attentive de tous les facteurs : corps à entraîner, corps à traverser, instruments employés ? Et si vous ne l'avez pas compris...

Mais je ne veux pas insister.

Le fait capital, ce qui frappe votre autopsie de nullité, ce qui enlève à « vos pièces » toute valeur au point de vue scientifique, ce qui les empêche de servir ultérieurement à tout examen de contrôle autorisé et utile, *ce sont les conditions mêmes dans lesquelles vous les avez recueillies, ou mieux détruites au cours de l'autopsie (1).*

Vous aurez beau les montrer à des « hommes de l'art, distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice ». Ces hommes de l'art, n'ayant pas assisté à l'autopsie que vous avez manquée, ne pouvant examiner que « vos pièces » fragmentaires, tardivement, après vos manipulations inconsidérées, après l'intervention de votre couteau à cerveau, de votre sonde cannelée, de vos ciseaux, ne sauraient leur

(1) Mon collègue Albarran, à qui j'ai communiqué cette note, est complètement d'accord avec nous sur ce point. A la clinique du professeur Guyon les assistants chargés du service des autopsies ont pour instruction formelle, alors qu'on a lieu de soupçonner l'existence de perforations vésicales : 1° de s'assurer *avant tout* de l'état de la vessie en y poussant une injection ; 2° après avoir ainsi démontré l'existence des solutions de continuité et en avoir décrit l'aspect extérieur, d'ouvrir la vessie *sur place* avec les plus grandes précautions, afin d'étudier avec soin et de noter en détail les caractères objectifs des perforations. C'est seulement alors, quand nul doute ne peut être émis sur l'authenticité des lésions, que la pièce est détachée pour être montée et conservée au Musée.

rendre leur virginité perdue et qui seule, je le répète, aurait pu faire foi.

Voilà pourquoi, dirais-je à mon jeune élève, « vos pièces » n'entreront jamais dans notre musée où nous ne voulons que des pièces authentiques, indiscutables, recueillies avec toutes les précautions exigibles. Voilà pourquoi vous n'obtiendrez pas, qu'au seul point de vue scientifique et pédagogique, je les munisse d'une étiquette portant ces mots : « Double perforation vésicale produite par un instrument piquant au cours d'un accouchement artificiel dans un cas de bassin rétréci. »

Et si on ne peut étiqueter ainsi cette pièce quand le point de vue scientifique seul est en jeu, comment la donner comme le pivot d'une condamnation au criminel ?

Donc et pour conclure, voici quelle sera, où je me trompe fort, l'impression de tous ceux qui, avec nous, auront pris connaissance du procès-verbal d'autopsie ci-dessus rapporté : « Il n'est nullement établi qu'il existait chez la femme Fresquet, avant l'ablation en masse des organes faite avec un couteau à cerveau, une double perforation vésicale, produite par un seul coup d'une aiguille à matelas introduite par le vagin. »

Voici maintenant, in extenso toujours, la suite du procès-verbal de M. Socquet :

« La vulve et le vagin sont intacts ; les culs-de-sac vaginaux ne présentent aucune lésion.

« L'orifice externe du col de l'utérus ne présente rien d'anormal. »

Ainsi, après trois applications de forceps au détroit supérieur ; après des tentatives répétées de perforation : 1° avec la pointe aiguë du forceps (faite pour cela), 2° avec une aiguille

de matelassier, 3° avec un ciseau(?) et un marteau ; après une quatrième et dernière application du forceps pour extraire la tête (enfin réduite de volume) d'un enfant de 3,420 grammes, il n'y a aucune lésion du périnée, de la vulve, des culs-de-sac vaginaux, de l'orifice externe du col dont, direz-vous plus loin, « la dilatation était incomplète (1) ».

Et la prévention soutient, et les attendus du jugement proclament que ces instruments n'ont pas été guidés par la main ou les doigts du D^r Laporte ! Ainsi que l'a dit M. Pinard, au cours des débats, il faut alors convenir que le D^r Laporte doit être doué d'une habileté de premier ordre. Ce dont on l'accuse, ce pourquoi on le condamne, était jusqu'à présent considéré comme impossible par les plus habiles.

Continuons :

« Sur la face antérieure du col, à 1 centim. de cet orifice (externe) et à peu près sur la ligne médiane, se trouve la perforation qui communique avec la vessie. »

Eh quoi ! C'est tout ? Quels étaient, du côté utérin, l'aspect, la forme, les dimensions, bref les caractères objectifs de cette perforation, déjà si incomplètement décrite du côté vésical ? Tout cela valait la peine d'être examiné avec soin et noté séance tenante, alors que la pièce n'avait pas encore subi l'action des liquides désinfectants et conservateurs. C'était d'autant plus indispensable que là est précisément le siège de la fistule vésicale haute, laquelle s'observe, comme chacun sait, même après des accouchements spontanés !

« Le corps de l'utérus est volumineux. Il mesure d'une trompe à l'autre 25 centim. de longueur et du fond à l'ori

(1) Voyez page 307, ligne 27.

face externe 0,20 centim. L'épaisseur de la paroi utérine, prise au point le plus épais (partie médiane de la face postérieure) est de 0,025 millim. La face interne de l'utérus est d'un rouge très foncé. Elle est fortement imbibée de sang sur toute son étendue. Nulle part de lésions évidentes.

Le poids total de l'utérus et de ses annexes, y compris le vagin et la vessie, est de 1 kilog. 500.

L'œsophage et la trachée sont sains.

Les poumons sont un peu congestionnés. Ils ne contiennent pas de tubercules et paraissent sains.

Le ventricule droit du cœur renferme un caillot fibrineux, et le ventricule gauche un caillot cruorique; les valves sont saines. L'estomac renferme quelques centimètres cubes d'un liquide jaunâtre; sa muqueuse est saine.

Le foie est sain. La vésicule biliaire ne renferme pas de calculs. La rate est saine et n'est pas diffluent.

Les reins sont également sains et se décortiquent facilement. Il n'y a pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les méninges ne sont pas congestionnées. Le cerveau, le bulbe et le cervelet ne présentent aucune lésion ni tumeur. »

Le procès-verbal d'autopsie est accompagné de :

« RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS A L'HOPITAL TENON. —

La dame Fresquet aurait été admise à l'hôpital Tenon le 13 septembre(1); elle serait décédée le lendemain 14 septembre à 8 heures du matin. Cette malade, placée d'abord dans un service de médecine, aurait été transférée, presque de

(1) A quelle heure ?

suite, salle Delessert, dans un service chirurgical. La **surveillante** de cette salle nous a déclaré que la *dame Fresquet* avait une température très basse lors de son entrée ; la température aurait été prise à trois reprises différentes et le thermomètre n'aurait jamais dépassé 35° centigrades.

« On n'aurait fait à cette malade que des injections vaginales d'eau bouillie très chaude, et trois injections sous-cutanées d'une solution de caféine dans la journée. »

Peut-être en s'adressant à l'interne de garde ou à l'interne du service, la chose en valait la peine, aurait-on pu avoir des renseignements un peu plus médicaux permettant de résoudre la question posée plus haut et restée imprécise : « Pendant la vie, les urines s'écoulaient-elles par le vagin ? »

Suit :

« L'AUTOPSIE DU CADAVRE DE L'ENFANT. — Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, pesant 3,420 gr. et mesurant 53 centim. de longueur.

La putréfaction est légèrement commencée.

Le cordon ombilical mesure 32 centim. de longueur, il a été sectionné et ne porte pas de ligature.

Le diamètre antéro-postérieur du crâne mesure 118 millim.; le diamètre transversal 95 millim.; le diamètre occipito-mentonnier 135 millim. et le diamètre bi-acromial 147 millim.

A la partie supérieure et médiane du crâne se trouve une petite plaie du cuir chevelu mesurant un centimètre de longueur sur 5 millim. de largeur. Sur la région latérale

droite du crâne se trouvent 2 autres petits orifices (1) sur le cuir chevelu. Enfin à la région inférieure et gauche du cou petit orifice de **5 millim.** environ de diamètre.

On ne constate pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les deux pariétaux sont disjoints dans leur moitié postérieure ainsi qu'au niveau de la suture occipito-pariétale droite sur une longueur de 2 centim. Les os du crâne ne chevauchent pas l'un sur l'autre. Le pariétal droit présente une ligne de fracture verticale, partant de la partie médiane du bord supérieur et venant se terminer au niveau de la bosse pariétale. Sur cette ligne, à 2 centim. environ du bord supérieur, se trouve une petite plaie osseuse de forme curviligne mesurant **5 millim.** de longueur. Au niveau de cette plaie se trouve sur la dure-mère une petite perforation de **5 millim.** de diamètre. Le pariétal gauche et les autres os du crâne ne sont pas fracturés. »

Ici arrêtons-nous un instant. Vous avez dû, comme moi, être frappés par la répétition de ce chiffre de **5 millim.**

A la région inférieure et gauche du cou, petit orifice de **5 millim.**

Sur la ligne de fracture du pariétal droit, à 2 centim. du bord supérieur, petite plaie osseuse curviligne de **5 millim.**

Sur la dure-mère, au même niveau, petite perforation de **5 millim.**

Prenez une aiguille de matelassier ; mesurez le diamètre transversal de sa partie renflée, constatez qu'il est de **5 millim.**, et demandez-vous ensuite comment cette aiguille qui dans la peau, dans le pariétal, dans la dure-mère (2), a fait

(1) Quelles dimensions ?

(2) Voir page 309, lignes 19 à 21.

un trou de 5 millim. aurait pu déterminer, dans la paroi cervico-vésicale, « la perforation qui, siégeant sur la face postérieure de la vessie et communiquant avec le col de l'utérus, mesure 2 centim. de longueur et est à peu près circulaire quand la paroi est relâchée. »

Comment la *piqûre* d'une paroi *contractile* à l'aide d'un instrument de 5 millim. de diamètre maximum produirait-elle une perforation à peu près circulaire de 2 centimètres de long?

Essayez et vous constaterez comme nous que c'est impossible. Nous vous en fournirons sous peu, M. Pinard, Albarran et moi, la preuve expérimentale.

De plus, ce qu'on ne saurait trop faire remarquer, c'est le siège des blessures principales, volontairement faites au crâne et qui siègent :

Une cutanée : à la partie supérieure et médiane du crâne.

La pariétale : à 2 centimètres du bord supérieur du pariétal droit, sur une ligne joignant le milieu de ce bord supérieur à la bosse pariétale.

Avouez que pour une perforation « faite à l'aveugle, par un simple coup droit, sans guider l'instrument avec les doigts », ce n'est pas trop mal touché. Car c'est ni plus ni moins que le lieu d'élection de l'application du crâniotome sur une tête mal fléchie.

Remarquez enfin qu'après des applications de forceps au détroit supérieur au nombre de trois — qui, déjà nous l'avons vu, n'ont déterminé aucune lésion maternelle autre que *peut-être* (1) la perforation vésico-utérine de 2 centimètres — l'autopsie ne signale aucune empreinte laissée sur la tête par les

(1) J'envisage ici l'hypothèse où l'autopsie aurait été faite en observant toutes les règles de l'art.

fers, aucune coupure du cuir chevelu, aucun enfoncement des os aux différents lieux d'élection des becs lorsqu'ils sont irrégulièrement appliqués. Si vous réfléchissez d'autre part que le forceps était assez solidement fixé pour que, pendant les tentatives d'extraction, rien n'ait dérapé, et que la parturiente ait été retenue avec peine par un homme et deux femmes, vous conclurez avec M. Pinard : il fallait que la prise fût joliment bonne et régulière ; une prise pareille ne peut se faire sans y mettre les mains.

Finissons :

« L'hémisphère cérébral gauche est intact. Sur l'hémisphère cérébral droit, au niveau de la perforation de la dure-mère signalée plus haut, la substance cérébrale est détruite sur un petit espace de 2 centimètres environ de diamètre. La quantité de substance cérébrale qui a pu s'écouler par ce petit orifice est presque insignifiante. Le cervelet et le bulbe sont sains.

Les poumons sont atélectasiés; plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, ils ne surnagent pas; il en est de même pour les fragments de poumon; pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Les cavités du cœur sont vides. Les valvules sont saines. Sur la surface du cœur se trouvent quelques ecchymoses sous-péricardiques. L'estomac renferme un peu de mucus. Le foie, la rate et les reins sont sains. Le méconium occupe les dernières parties du gros intestin. Les condyles de l'extrémité inférieure du fémur présentent un point d'ossi-

fication mesurant 9 millimètres de diamètre. Le maxillaire inférieur possède 8 alvéoles nettement cloisonnés. »

Et maintenant les Conclusions :

a) Quant à la mère :

« 1° La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie (perforation utéro-vésicale et vésico-péritonéale).

2° Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant tel que l'aiguille placée sous scellé n° 5.

3° Le cadavre de cette femme porte les traces d'un accouchement récent et à terme.

4° Les différentes lésions constatées ci-dessus ont été reconnues exactes par l'inculpé Laporte au cours de notre autopsie. »

b) Quant à l'enfant :

« 1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, arrivé au terme normal de la vie intra-utérine.

2° Il n'a pas respiré.

3° Les blessures constatées sur le cuir chevelu et sur le pariétal droit paraissent avoir été faites avec un instrument piquant tel que l'aiguille à matelas (scellé n° 5).

4° Les blessures constatées par l'inculpé Laporte au cours de l'autopsie auraient été faites dans le but de pratiquer la craniotomie pour faciliter l'accouchement.

5° L'enfant devait être mort lorsque cette opération a été pratiquée.

Signé : SOCQUET. »

Les réflexions qui accompagnent la première partie de ce procès-verbal d'autopsie, dont nous avons démontré l'insuffisance, nous dispensent de discuter la contre-expertise signée de MM. Socquet et Maygrier (1). Nous la reproduisons in extenso sans commentaires.

Rapport de MM. Maygrier et Socquet.

Attendu qu'il importe de savoir si le Dr Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en opérant la craniotomie sur l'enfant que cette femme portait dans son sein, a :

- 1° Observé toutes les règles de l'art des accouchements ;
- 2° Commis quelque négligence ;
- 3° Commis quelque imprudence ;
- 4° Commis quelque maladresse.

Ordonnons qu'il sera procédé...

Répondons ainsi qu'il suit aux questions posées par M. le Juge d'Instruction, après avoir pris connaissance des pièces du dossier, et examiné divers objets sous scellés :

1° Les éléments qui nous permettent de répondre à la première question : Laporte a-t-il observé toutes les règles de l'art des accouchements, nous sont fournis par l'examen des dépositions de l'inculpé, de l'accoucheuse et des autres témoins.

Il résulte de ces dépositions, assez concordantes dans leur ensemble, que le samedi 11 septembre, vers 11 heures et demie du soir, à son arrivée auprès de la femme Fresquet, Laporte s'est trouvé en présence de la situation suivante :

La femme Fresquet était en travail d'accouchement depuis deux jours environ ; la dilatation du col de l'utérus était incomplète.

Il y avait une présentation du sommet, la tête était fixée au détroit supérieur du bassin.

(1) Il nous suffira de rappeler en effet que M. Maygrier n'a pas assisté à l'autopsie ; qu'il n'a vu les pièces que sur un plateau, après les manipulations de M. Socquet ; qu'il n'a pas vu le bassin. Les perforations vésico-péritonéale et utéro-vésicale par instrument piquant n'étant pas démontrées, la consultation médico-légale s'effondre. Remarquez d'ailleurs qu'à cette consultation a pris part l'expert déjà engagé à fond et du premier coup par sa note de la page 290.

Il existait en outre une procidence du cordon ombilical, reconnue par la sage-femme, dès la rupture de la poche des eaux, rupture qui s'était produite dans l'après-midi du 11 septembre.

L'enfant était vraisemblablement mort, étant donné que le cordon faisait procidence depuis plusieurs heures.

Enfin, le bassin était légèrement rétréci : les constatations faites par l'un de nous à l'autopsie ont démontré en effet que le détroit supérieur mesurait, dans le sens antéro-postérieur, 9 centim. et demi de diamètre au lieu de 11 centimètres, dimension normale de ce diamètre. Telle était la situation.

Dans ces conditions, l'éventualité d'un accouchement spontané devenait très problématique, la femme Fresquet ayant d'ailleurs dû subir à plusieurs de ses accouchements antérieurs des applications de forceps. La longue durée du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement.

La femme Fresquet désirant faire ses couches chez elle et l'assistance d'un médecin de nuit ayant été requise, Laporte, appelé comme tel, n'a pas hésité d'accepter la mission pénible de délivrer cette femme chez elle, dans des conditions particulièrement difficiles.

L'ensemble des faits que nous venons d'exposer constituait un cas de dystocie sérieuse. L'indication d'intervenir était immédiate et formelle, et le traitement le plus rationnel était, selon nous, d'appliquer le forceps d'abord, et, en cas d'insuccès, de pratiquer la craniotomie.

Il s'est donc conformé aux indications que comportait la situation, et il a observé, sur ce point, toutes les règles de l'art des accouchements.

2° Les 3 autres questions qui nous sont posées : Laporte a-t-il commis quelque négligence, imprudence ou maladresse, étant connexes, nous ne les dissocierons pas, et, pour y répondre, nous allons examiner la manière dont Laporte a opéré.

Après avoir au préalable endormi la femme avec du chloroforme, il aurait fait sans succès 3 applications de forceps. Le forceps dont il s'est servi (scellé 7) est un forceps de Levret en parfait état. Laporte l'aurait trempé dans l'eau bouillante avant de l'appliquer.

Après ces tentatives infructueuses, il se serait résolu à pratiquer la craniotomie, opération qui consiste à perforer le crâne de l'enfant pour donner écoulement à la substance cérébrale, dans le but de diminuer le volume de la tête et de faciliter ainsi son passage à travers le bassin.

N'ayant à sa disposition d'autre craniotome ou perce-crâne que la pointe aiguë contenue dans l'une des branches de son forceps, Laporte aurait commencé par s'en servir, mais sans obtenir de résultat.

C'est alors que, vu l'urgence, la femme étant toujours endormie, il aurait demandé au mari de lui procurer un instrument piquant quelconque pour perforer le crâne de l'enfant. Le sieur Fresquet lui aurait remis les objets suivants :

Un équarisseur (scellé 1) ; 1 ciseau à froid (2) ; un fil de fer pointu, dit porte-étiquette (4) ; une aiguille en fer, dite à matelas (5), enfin un marteau.

Sans entrer dans les détails un peu confus et contradictoirement rapportés, des manœuvres qui auraient été tentées avec ces divers instruments, nous ferons simplement remarquer que plusieurs d'entre eux (1, 2 et 4) ne nous paraissent pas avoir pu être employés utilement, étant trop courts pour atteindre la tête de l'enfant, située encore assez haut. Avec l'aiguille à matelas seule (5) longue de 21 centim. et demi, il était possible d'arriver à pénétrer dans le crâne, et il paraît avéré que c'est avec la pointe de cet instrument que le pariétal droit a été perforé.

Quant au marteau, il n'aurait servi, d'après la déclaration même de Laporte, qu'à tapoter légèrement sur l'extrémité de l'instrument dont il se servait pour perforer le crâne, mais sans insister.

Les constatations faites à l'autopsie de l'enfant démontrent que l'ouverture faite au crâne avec l'aiguille à matelas a été très petite, que l'écoulement de la substance cérébrale a été minime, et que la diminution du volume de la tête fœtale a été, de ce fait, peu notable.

L'instrument employé était donc certainement défectueux ; il était de plus difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire, au cours de son introduction répétée, du côté des parties molles de la mère (Perforations du col de l'utérus, de la vessie en deux endroits, découvertes à l'autopsie, et reconnues par Laporte ; l'une des perforations vésicales s'ouvrait dans le péritoine).

Toutefois, il est juste de reconnaître que l'urgence de l'opération autorisait jusqu'à un certain point Laporte à employer cet instrument. On lit en effet dans le Guide pratique de l'accoucheur de Pénard et Abelin (7^e édit., 1889 p. 549), auteurs invoqués par Laporte pour sa justification, la phrase suivante : « La craniotomie s'exécute avec les ciseaux de Smellie ou le perce-crâne de H. Blot ou les ciseaux de Nægelé, ou, au besoin, avec n'importe quel instrument, tout à la fois solide, piquant et un peu tranchant vers la pointe. »

D'autre part, il est certain que Laporte n'est pas le premier praticien qui ait agi ainsi, et dans un livre récent, le *Précis d'Obstétrique*, de Ribemont-Nesaignes et Lepage (2^e édit., 1896, 1 p. 1178), on trouve le passage suivant :

« Il n'est pour ainsi dire pas d'instrument qui n'ait été employé pour ouvrir la boîte crânienne du fœtus ; nombre de médecins n'ayant pas à leur disposition d'instruments spéciaux, ont utilisé ce qu'ils avaient sous la main : couteaux de cuisine, bistouris, ciseaux, etc... ».

Quoi qu'il en soit, après avoir fait choix de l'instrument qu'il jugeait le plus approprié au but qu'il se proposait, Laporte devait l'aseptiser soigneusement avant de s'en servir, puis le guider avec la plus grande prudence sur ses doigts profondément introduits dans les organes maternels, afin d'éviter de blesser ces organes. Or il ne paraît pas établi, d'après les renseignements fournis par le mari, la sage-femme et Laporte lui-même, que toutes ces précautions aient été rigoureusement prises.

Il semble en effet certain d'une part qu'il n'a été fait usage d'aucune substance antiseptique pendant l'accouchement. Comme mesure aseptique, Laporte s'est borné à tremper son forceps dans l'eau bouillante, comme nous l'avons dit.

A l'égard des autres instruments, ses souvenirs ne sont pas précis ; il croit cependant se rappeler avoir plongé également dans l'eau chaude l'aiguille à matelas. D'autre part, il semble résulter de diverses dépositions et notamment de celle de la sage-femme, que Laporte a introduit directement les instruments dans le vagin, sans les guider sur sa main, et en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire.

Nous devons cependant reconnaître que les lésions produites par Laporte, lésions dont il existe d'ailleurs d'autres exemples dans la science, étaient difficiles à éviter avec un pareil instrument, surtout entre les mains d'un opérateur qui, de son propre aveu, pratiquait pour la première fois la craniotomie.

Après avoir perforé le crâne, et constaté l'issue d'un peu de substance cérébrale, Laporte aurait réappliqué le forceps ; il déclare avoir réussi à extraire le fœtus.

L'accouchement terminé, il a procédé à la délivrance, prescrit des injections phéniquées et s'est retiré.

Trente-six heures plus tard, la femme Fresquet n'avait pas encore uriné. Le cathétérisme vésical pratiqué par la sage-femme n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide ; ce fait s'explique aisément par la double perforation de la vessie, les urines s'écoulant directement dans la cavité péritonéale.

La malade, transportée dans la journée du 13 septembre à l'hôpital, y a succombé le 14 à 8 heures du matin.

En résumé de ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure, tout en fai-

sant la part des conditions défavorables et du milieu défectueux où Laporte se trouvait placé pour intervenir, ce qui rendait sa tâche particulièrement difficile, qu'il n'a pas conduit son opération avec la prudence voulue, et que, s'il a réussi à délivrer la femme Fresquet, il a néanmoins produit involontairement une blessure de la vessie, qui a été le point de départ d'une péritonite promptement mortelle.

CONCLUSIONS

1° En appliquant d'abord le forceps, et en essayant ensuite la craniotomie, Laporte s'est conformé aux indications que comportait la situation dans laquelle se trouvait la femme Fresquet ; il a donc observé les règles de l'art des accouchements, en ce qui concerne les indications opératoires.

2° Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en pratiquant la craniotomie, opération qu'il faisait pour la première fois, n'a pas opéré avec la prudence et l'habileté désirables. Il a déterminé, en se servant, il est vrai, d'un instrument défectueux, une blessure involontaire qui a entraîné la mort.

Signé : SOUQUET, MAYGRIER.

Et voilà comment se fait à Paris, en l'an de grâce 1897, une expertise médico-légale ! Ne pensez-vous pas, comme nous, qu'une réforme s'impose ? Que ceux qui sont d'un avis contraire veuillent bien exposer leurs raisons. Que ceux qui sont avec nous le disent.

H. VARNIER.

TRAITEMENT DES INFECTIONS DE L'ENFANT PAR L'EXPOSITION A L'AIR

Par le D^r Abel Cental (1).

Influence microbicide de l'oxygène et du soleil.

S'il y a dans la nature des germes nombreux, il y a aussi des puissances microbicides de premier ordre. Ce sont la lumière et le soleil.

Pasteur d'abord, Miquel ensuite ont montré que beaucoup de microbes de l'air sont incapables de se reproduire. Mais c'est Downes et Blunt qui ont les premiers expliqué ce fait, en faisant intervenir l'influence de la lumière. Ils virent, en exposant au soleil des liquidesensemencés, que la culture s'y faisait d'autant plus mal que l'exposition avait été plus longue. Au contraire, des tubes mis à l'abri de la lumière poussaient abondamment.

Duclaux, dans des expériences sur les bacilles ferments de la caséine et sur des microbes pathogènes, conclut que la mort des bactéries est d'autant plus rapide que l'insolation est plus forte et qu'un soleil même faible agit plus vite qu'une lumière diffuse ou le séjour prolongé dans un endroit obscur.

Arloing étudiait en même temps l'action de la lumière sur le bacille du charbon. Il montrait que la lumière du

(1) Thèse de Paris, 1897.

gaz suffit à retarder l'évolution des spores ensemencées, mais n'altère pas leur virulence, tandis que la lumière solaire gêne le rajeunissement des spores, et atténue les cultures, qui peuvent servir de vaccin. Roux montra que la lumière n'agit pas seulement, mais que l'air a aussi une action. Les spores, soumises à l'insolation à l'abri de l'air, survivent plus longtemps. L'oxygène de l'air aurait donc une action importante.

Marshall Ward a montré que ce sont les rayons bleu-violet qui modèrent la croissance des bactéries, et nuisent à leur puissance germinative.

Finsen (1) a traité avec succès des lupus tuberculeux en concentrant sur eux des rayons solaires. Il faut choisir des lésions superficielles (lupus érythémateux) bien localisées, et manifestement tuberculeuses. On intercepte avec du bleu de méthylène les rayons chauds du spectre. On anémie le lupus en pressant au voisinage. L'auteur aurait pu constater ainsi que les rayons chimiques de la lumière solaire tuent les microbes tuberculeux.

Dans un travail des *Archives de physiologie*, 1894, MM. d'Arsonval et Charrin ont étudié l'action des agents cosmiques, et entre autres de la lumière sur la cellule bactérienne.

Ces auteurs ont étudié cette action sur le bacille pyocyanique. En août 1893, ils ont exposé à divers intervalles à un soleil intense des tubes d'agar et des ballons de

(1) FINSEN. *Application médicale des rayons de lumière chimique concentrée* (danois), 1896.

bouillon ensemencés avec le bacille pyocyanique et placés dans l'eau à 32° pour éviter les effets de la chaleur. A côté, d'autres tubes étaient protégés de la lumière par du papier, ou une étoffe noire. Quand on portait à l'étuve ces récipients, on voyait qu'après moins de deux heures, les différencies ne sont pas constantes. Après ce temps, les cultures ensoleillées se développaient avec un retard dans l'apparition du pigment. Après une demi-journée, les milieux solides présentaient une pullulation moins rapide.

Par une longue exposition, on arrive d'abord à supprimer la fonction chromogène; plus difficilement à retarder beaucoup la multiplication.

Même en janvier 1894, en concentrant avec une lentille les rayons solaires, les auteurs obtinrent des résultats analogues.

La lumière solaire influence, disent-ils, en premier lieu, la fonction chromogène, en second lieu le pouvoir de pulluler, en troisième lieu la virulence, ainsi que l'inoculation permet de le reconnaître, en quatrième lieu la vie elle-même, car on peut aboutir à la mort du germe; il y a là une question de durée ou d'intensité.

Ce rôle de la lumière donne une base scientifique aux bienfaits du soleil reconnus par tous.

Buchner a vu le bacille pyocyanique plus résistant que le bacille typhique et le bacille coli périr en mai et juin en trois jours à la lumière diffuse et en une heure au soleil. Il a vu que dans l'eau d'un fleuve à débit régulier, le min

mun des germes est à la fin de la journée. Dans l'eau d'un lac, l'action solaire se fait encore sentir à trois mètres de profondeur.

Marshall Ward a vu qu'en été, malgré l'influence eugénésique pour les bactéries de l'élévation de la température de l'eau de la Tamise, les germes sont moins nombreux qu'en hiver.

La lumière solaire a donc une influence bactéricide incontestable. Peter avait raison quand il s'insurgeait contre ces « fenêtres aux bourrelets impitoyables rigoureusement closes, ces rideaux soigneusement tirés, ces stores abaissés pour tamiser la lumière, ces persiennes fermées pour se défendre contre cet insupportable soleil ». Le soleil est le grand microbicide, et on peut dire que partout où on l'empêche de pénétrer, on donne accès plus facile à la maladie. C'est le plus puissant des désinfectants, et c'est pourquoi pour désinfecter des salles d'hôpitaux il est bien insuffisant de promener le long des murs un jet de sublimé, si l'on n'a pas soin de laisser ensuite pendant de longues heures les fenêtres ouvertes pour laisser pénétrer la lumière et le soleil. C'est pour cela que l'hygiène des salles hospitalières, et surtout dans les hôpitaux d'enfants, exige qu'elles soient exposées au soleil. La thérapeutique sera plus puissante dans une salle bien ensoleillée que dans une salle où ne pénétreront jamais les rayons du soleil.

Influence de l'air et du soleil sur la nutrition.

De nombreuses expériences établissent l'influence microbicide de l'oxygène et de l'ozone de l'air, et surtout de la lumière solaire. L'air des endroits exposés au soleil est donc beaucoup plus pur de germes morbifiques, et plus pur chimiquement. Mais dans l'infection, le microbe n'est pas tout ; il faut considérer aussi l'organisme avec lequel il entre en lutte, et il est peut-être plus utile de fortifier cet organisme que d'affaiblir le microbe. Voyons donc les heureux effets que peuvent avoir sur la nutrition l'air et la lumière solaire.

Fubini, Benedicenti ont constaté que, dans l'obscurité, l'homme consommait des volumes d'oxygène inférieurs à ce qu'il utilise en pleine clarté.

L'influence de la lumière sur les mouvements et l'accroissement des végétaux est bien connue. Moins évidente sur les animaux, elle est réelle néanmoins. La lumière active l'exhalation d'acide carbonique (Moleschott, Fubini, von Platen). D'après Poff, ce seraient les rayons jaunes qui auraient le plus d'action sur la respiration.

Chez les animaux, Milne-Edwards, Moleschott, J. Béclard ont montré que les œufs de grenouille se développent mal dans l'obscurité, et que ceux de mouche se développent surtout bien dans la lumière violette ou bleue. La lumière solaire paraît tellement bien influencer la nutrition cutanée par l'intermédiaire du système nerveux que l'ablation des yeux amène des modifications analogues à celles que produit le séjour dans l'obscurité.

Des expériences plus récentes ont montré l'action complexe de la lumière solaire. D'Arsonval (1) a montré que les fibres musculaires sont directement excitables par la lumière.

Pour cela, d'Arsonval choisit un muscle strié mince et à fibres parallèles (couturier ou muscle de l'abdomen chez la grenouille). On attache ce muscle à un support fixe et d'autre part au centre d'une membrane de parchemin tendue sur un petit entonnoir dont la tubulure porte un tube de caoutchouc qu'on porte à l'oreille. Le moindre mouvement du muscle est ainsi perceptible à l'oreille. On installe alors le muscle au foyer conjugué d'une lentille éclairée par la lumière solaire. On place sur le trajet du faisceau une roue opaque portant des trous également espacés, et on fait tourner la roue rapidement. Le faisceau lumineux est rendu intermittent.

L'organe excité produit un son dont la hauteur répond au nombre d'intermittences.

La lumière n'a pas seulement une action physique, comme le prouve l'expérience précédente ; elle a aussi une action sur les processus chimiques.

Loeb (2) a étudié l'influence de la lumière sur les processus d'oxydation chez les animaux. Avant lui, Moleschott, Selmi, Piacentini, Chassanowitz, avaient constaté que l'activité respiratoire, mesurée par l'absorption d'O et l'excrétion de CO² était plus grande à la lumière, aussi

(1) *Arch. phys.*, p. 598.

(2) *Arch. f. ges. Phys. de Pfluger*. Bonn, B. XLII, 1888, p. 393.

bien pour l'organisme animal entier que pour les tissus isolés. Lœb reproduit ces expériences dans d'excellentes conditions, en opérant sur des chrysalides. L'accroissement d'oxydation est dû au système nerveux ; il a son siège dans le système musculaire. Si l'animal est libre l'excitation lumineuse le pousse au mouvement ; sinon, l'action se produit par l'intermédiaire de l'œil. En dehors de ces deux cas, il n'y a point d'influence directe de la lumière sur l'activité comburante des tissus.

Dans un travail récent (2), Lœb est revenu sur l'influence de la lumière sur la nutrition. Il cite les travaux de Pleasanton, qui a vu que parmi des animaux placés les uns dans une étable avec fenêtres à vitres violettes, et les autres dans une étable avec des fenêtres ordinaires, les derniers augmentèrent davantage de poids.

Émile Yung (3) a vu que la lumière verte arrête le développement.

Lœb conclut de ses expériences que tous les rayons n'agissent pas également sur le développement des polypes de l'endendrium racemosum. Les rayons bleus agissent sur tout ; les rayons rouges ont la même action que l'obscurité ; il en est de même pour l'héliotropisme.

Chez des embryons, il a vu, par l'action de la lumière, la formation d'un plus grand nombre de cellules pigmentaires.

(1) *Arch. für ges. Phys.*, 1896.

(2) *Arch. Vool. exp.*, t. VIII, 1878.

Fubini et Ronchi ont vu que la peau émet moins d'acide carbonique dans l'obscurité.

Tizzonni et Fileti ont observé que des lapins jeunes (âgés d'une vingtaine jours) privés de lumière mouraient, tandis que les autres augmentaient de poids.

Hoppe Seyler dit aussi que la lumière n'a pas seulement une action sur l'élimination d'acide carbonique, mais sur la nutrition générale.

Graffenberger dans un travail important, publié dans les *Archiv für gesammte Physiologie*, 1892, band LIII, relate ses expériences faites sur des lapins. Les conclusions de ce travail sont qu'il y a, sous l'influence de la lumière, élimination plus grande d'acide carbonique, mais pas d'augmentation des échanges généraux. L'assimilation des graisses se fait un peu mieux par l'action de la lumière.

La formation du glycogène n'est pas modifiée. Mais il y a, par le séjour à l'obscurité, une diminution de l'hémoglobine et de la quantité totale du sang. L'obscurité ralentit le développement des os, et par son influence le foie diminue de volume. La proportion d'eau des tissus de l'organisme reste la même.

A côté de ces travaux expérimentaux, nous citerons le travail clinique de Demme.

Demme a reconnu que chez les enfants renfermés dans des chambres non éclairées, la température du corps s'abaisse de 0°,1 à 0°,5 en même temps que la sécrétion urinaire devient moins active.

Tous ces travaux expérimentaux ou cliniques montrent donc que la lumière solaire a une action indéniable sur la nutrition. Ces faits nous *autorisent* à dire avec Lavoisier : « L'organisation et la vie n'existent que dans les lieux exposés à la lumière, et la fable du flambeau de Prométhée est l'expression d'une vérité philosophique qui n'avait pas échappé aux anciens. »

(A suivre.)

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Émulsion d'huile de foie de morue phosphatée.

Huile de foie de morue.....	250	gr.
Poudre de gomme adragante.....	1	—
Saccharine	20	—
Bicarbonate de soude.....	10	—
Jaunes d'œufs.....	N° 2.	
Teinture de benjoin.....	3 50	—
Chloroforme.....	2	—
Essence d'amande amère.....	X	gouttes.
Esprit de vin.....	10	gr.
Hypophosphite calcique.....	10	—
Hypophosphite sodique.....	10	—
Eau q. s. ad. 500.		

Cette émulsion se maintient très longtemps et la saveur de l'huile de foie est complètement masquée.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Novembre 1897.

SOMMAIRE :

L'affaire Laporte. Les débats.....	321
Des rapports de l'obstétrique avec la médecine légale en 1897, par le Dr A. PINARD.....	337

L'AFFAIRE LAPORTE

LES DÉBATS

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (9^e ch.)

Présidence de M. RICHARD

Audience du 19 octobre.

Affaire du Dr Laporte. — Homicide par imprudence.

Les circonstances dans lesquelles le Dr Laporte a été arrêté, puis mis en liberté, la vive polémique qui s'est engagée dans la presse et dans le monde médical au point de vue de la responsabilité des médecins, ont attiré à l'audience un nombreux auditoire, et donnent à l'affaire actuelle un intérêt juridique et pratique considérable.

Le Dr Laporte, qui comparait sur le banc des prévenus libres, est assisté de *M^e Henri Robert*.

M. le substitut Brouchet occupe le siège du ministère public.

Nos lecteurs connaissent, par les rapports des experts que nous avons précédemment publiés et commentés, les faits reprochés au Dr Laporte.

Nous passons sur le réquisitoire qui n'en est que le développement.

(H. V.)

I. — L'Interrogatoire.

M. le président Richard constate que les renseignements recueillis sur le compte du Dr Laporte le représentent comme appartenant à une très honorable famille, comme étant lui-même d'une parfaite honorabilité.

Seulement il se débattait contre les difficultés matérielles de la vie, étant sans aucune fortune et sans clientèle. Il avait dû prendre, boulevard de Charonne, un modeste appartement de 360 francs de loyer annuel, où il vivait seul, sans domestiques d'aucune sorte.

M. le Président. — Vous êtes rangé, travailleur : les renseignements de police vous donnent comme nerveux, excitable, déséquilibré, c'est-à-dire passant d'un état d'exaltation à l'abattement le plus profond, de telle sorte que vous n'êtes pas toujours, au point de vue professionnel, maître de votre pensée, et que vous ne pouvez vous rendre compte de ce que vous avez à faire.

R. Je crois qu'il y a quelque exagération là-dedans.

M. le Président. — Je reconnais d'ailleurs que la précarité de votre situation était de nature à motiver votre nervosité.

Le 15 septembre 1897, le Parquet a reçu une plainte d'un sieur Fresquet dans laquelle il déclarait que l'accouchement de sa femme aurait été accompli dans des circonstances anormales. Un rapport de la Sûreté a alors établi que vous aviez été prié de vous rendre auprès de M^{me} Fresquet. Vous vous y êtes rendu ; vous avez dû pratiquer certaines opérations et, des témoignages recueillis, il résultait que vous aviez commis des maladresses et des imprudences.

C'est comme médecin de l'Assistance publique — vous l'étiez depuis 1895 — que vous avez été appelé à donner des soins à M^{me} Fresquet. Vous savez que le mari vous rend responsable de la mort de celle-ci. Et ici, pour répondre à certaines théories, laissez-moi vous dire que le principe de poursuite est ce principe bien connu de l'égalité de tous devant la loi. Il y a des droits institués pour certaines catégories de personnes. Les brevets, les diplômes, confèrent quelques-uns de ces droits. Mais il y a des faits qui peuvent être relevés dans l'exercice de ces droits et qui engendrent une responsabilité d'ordre général, à laquelle ni les brevets, ni les diplômes ne permettent d'échapper. C'est ainsi que vous êtes, aujourd'hui, prévenu d'avoir, comme médecin, négligé l'emploi de certaines précautions d'usage qui eussent évité les complications qu'on vous reproche.

On ne saurait vous blâmer d'avoir appliqué les fers ; ce n'est pas une imprudence d'avoir tenté la craniotomie. Les médecins experts même ont été les premiers à proclamer que cette opération de dernière ressource s'imposait inévitable ; mais ce que la magistrature vous reproche c'est de n'avoir pas procédé à cette opération chirurgicale conformément aux principes de votre art. Vous avez commis une faute en omettant de guider par une exploration manuelle la direction de l'engin de rencontre dont vous vous serviez, l'aiguille

à matelas. Votre maladresse a provoqué deux déchirures qui ont amené la mort de la patiente.

Quand la sage-femme qui donnait des soins à M^{me} Fresquet vous a signalé les difficultés de l'opération, vous avez dû procéder à un examen de la malade. Comment l'idée ne vous est-elle pas venue alors, en présence des complications possibles, de l'envoyer à l'hôpital?

R. La malade a refusé de s'y laisser conduire.

D. Il paraît, d'après les témoins, que vous n'avez guère insisté en tout cas.

Vous n'aviez pas fait de nombreuses opérations d'accouchement, bien que vous prissiez le titre de médecin-accoucheur.

R. Non, pas de médecin-accoucheur. Ma plaque portait : Médecin et accoucheur.

D. Cela n'influe en rien ce que j'ai dit. Combien aviez-vous fait déjà d'accouchements ?

R. J'avais fait des opérations d'accouchement à l'hôpital d'abord, et puis, dans la pratique, deux ou trois ; la première constituait même un cas fort difficile.

D. Qu'aviez-vous, pour faire des accouchements difficiles, comme instruments ?

R. Un forceps.

D. Et c'est tout ?

R. Mais tous les médecins sont dans le même cas, ou à peu près. Et puis, j'avais ma trousses.

D. C'est peut-être insuffisant pour vous dire médecin-accoucheur. Vous avez par trois fois appliqué le forceps, mais sans résultat. Or, les témoins de vos efforts prétendent que vous n'avez pris que de médiocres précautions.

Vous aviez, du reste, essayé d'éloigner tout le monde, même le mari.

Tous les médecins se servant du forceps commencent par accompagner l'instrument dans le vagin, avec la main, pour ne pas heurter des organes sensibles. C'est une règle élémentaire de tous les praticiens. Vous ne vous y êtes pas conformé.

R. Les témoins dont vous parlez, et qui regardaient par une porte entrebaillée, n'avaient aucune compétence pour apprécier ce que je faisais. N'a-t-on pas répandu le bruit que je m'étais servi d'un forceps rouillé ?

En écartant tout le monde je n'ai fait tout simplement qu'obéir aux usages.

D. Vous n'auriez pas guidé le forceps avec la main.

R. Cette allégation est complètement fausse. J'ai fait tout ce qui est enseigné à l'École de médecine.

Si je n'avais pas accompagné l'instrument avec la main, il y aurait eu des lésions. Personne n'en a constaté dues au forceps. Du reste, il est impossible de pénétrer dans les organes de la femme sans s'aider de la main gauche.

D. Les témoins ont aussi déclaré que la position de la femme était anormale, les jambes n'étaient pas au niveau du bassin ; vous tiriez la patiente au lieu de tirer l'enfant.

R. Ici encore les témoins, absolument incompetents, se trompent. Les jambes appuyées sur deux chaises étaient soutenues par le mari.

D. Une matrone du quartier, une femme qui avait l'habitude d'assister à des accouchements — oh ! je vous la livre telle qu'elle est — était dans

une chambre à côté ! Quand elle a vu M^{me} Fresquet, les pieds ballants, elle vous en fit aussitôt l'observation. Vous l'entendrez ; vous vous expliquerez avec elle. Enfin après les trois applications, vous auriez dit : « Je suis au bout de mon rouleau ! »

R. Je n'ai pas dit cela, et il était clair que je ne me considérais pas comme étant au bout de mon rouleau. L'accoucheur est au bout de son rouleau lorsqu'il a terminé.

D. Mais il y a des médecins dont le rouleau est plus ou moins long ! Enfin, vous avez opéré la craniotomie du fœtus. Vous n'aviez jamais pratiqué cette opération.

R. Pardon, je l'avais pratiquée à l'hôpital sur des enfants morts et sur des mannequins.

D. Vous vous sentiez capable d'en pratiquer une sur une femme.

R. Si je n'en étais pas capable je ne serais pas docteur. C'est la Faculté qui m'a jugé tel.

D. Aviez-vous des instruments spéciaux ?

R. Il n'y a pas d'instrument indispensable pour cela ! Je vous citerai l'opinion du professeur Pajot qui dit de prendre au besoin un tisonnier et de l'aiguiser sur la pierre d'évier. D'ailleurs, dans mon forceps, il y a un craniotome et je m'en suis servi. Je l'ai abandonné parce que la pointe était insuffisante pour percer comme il fallait le crâne de l'enfant mort.

D. Vous avez essayé d'abord du forceps pour faire l'opération. Comment, quand vous avez vu que l'opération ne réussissait pas, n'avez-vous pas demandé le concours d'un autre médecin ?

R. Il était impossible à cette heure-là de chercher un autre médecin.

D. La sage-femme dit que vous vous y êtes refusé.

R. J'ai dit que le service de nuit ne donnerait pas un second médecin.

M. Fresquet ne voulait pas payer de médecin puisqu'il m'avait fait appeler. J'étais donc réduit à mes seules ressources.

D. Elles étaient minces. Vous n'avez pas obtenu la craniotomie avec votre forceps. Qu'est-ce que vous avez fait alors ? Vous avez finalement pris une aiguille à matelas qui se trouvait dans une boîte à outils.

R. Prenez l'instrument qui vous convient le mieux, disent les praticiens. Si je n'ai pas continué avec mon craniotome, c'est précisément parce que je voulais éviter de blesser la malade.

D. C'est possible. Je ne discute pas ce point. Ce n'est pas mon métier. Mais enfin c'est bon à la campagne cela, là où les moyens sont très limités. Mais nous sommes à Paris.

R. J'étais rue de Charonne. Charrière était loin, et il était trop tard pour obtenir quoi que ce soit.

D. Il y a beaucoup de médecins ; il y avait l'hôpital Tenon. Comme homme, comme Parisien, je ne puis admettre que dans une ville où l'Assistance publique est aussi riche, vous ayez dû vous servir d'un outil de ferblantier.

R. Tous les manuels de médecine opératoire vous diront le contraire. Je n'avais pas à attendre une minute. Je ne pouvais laisser mourir M^{me} Fresquet. Il aurait été plus révoltant de la laisser mourir en attendant l'instrument.

D. Oh mon Dieu, M^{me} Fresquet n'en est pas moins morte tout de même !

R. Oui, mais deux jours après.

D. Vous avez donc pris dans la boîte à outils de **M. Fresquet** une aiguille fine, recourbée, aplatie, une aiguille à matelas, et vous vous en êtes servi.

R. Après l'avoir trempée dans l'eau chaude.

D. La prévention conteste ce détail aseptique.

Les experts disent que cette aiguille était absolument défectueuse parce qu'elle était difficile à manier à cause de sa ténuité ! Les praticiens qui ont des instruments *ad hoc* dirigent toujours le fer avec la main ou avec deux doigts au moins. Vous, vous ne l'avez pas fait, les témoins l'affirment.

R. Ils se trompent. La sage-femme dira que j'ai conduit l'aiguille. On ne peut pas faire autrement que de guider l'instrument.

D. Vous avez piqué à tort et à travers et vous avez transpercé la vessie ; une péritonite s'est déclarée, la mort s'en est suivie.

R. Les blessures de la vessie n'ont pu être faites par cette aiguille. Elles l'ont été par le crâne... Montrez du reste cet instrument à des accoucheurs. Tous vous diront que le cas échéant ils s'en seraient servis comme moi. Du reste, à raison même de sa courbure, l'aiguille ne pouvait produire cette perforation.

D. Vous n'avez pas pris de précautions, vous avez été d'une inexpérience qui sera certifiée par des témoins. En retirant l'aiguille, vous avez été amené à constater que vous aviez été trop loin. Vous l'avez déclaré au juge d'instruction.

R. Le juge m'a arraché cela.

D. On n'arrache rien à un homme sain d'esprit comme vous l'étiez ; vous avez signé votre interrogatoire.

R. Si j'étais sain d'esprit, j'étais alors dans des conditions difficiles, abattu, en traitement à Mazas, malade d'une incarcération que je ne croyais pas avoir méritée, et le juge en a profité. Mais aujourd'hui je proteste absolument.

D. Vous avez été trop loin, parce que vous n'avez pas dirigé votre instrument.

R. Si j'avais dit que j'avais été trop loin c'est que j'aurais alors conduit l'instrument. Je ne pouvais m'en apercevoir que de cette façon.

M. le Président. — Comme vous ne réussissiez pas à faire la perforation du crâne, vous avez de nouveau fouillé dans la boîte à outils ; vous avez pris un ciseau à froid, l'avez dirigé dans le vagin de la femme, l'avez conduit vers ce que vous croyiez le crâne de l'enfant, mort je le reconnais ; puis vous avez frappé avec un marteau. Ce n'est pas de la chirurgie, c'est de la boucherie ; si bien qu'on s'est précipité sur vous pour vous arracher ces instruments. Pour agir ainsi vous aviez perdu tout sang-froid.

R. Non, du tout. La preuve, c'est que j'ai mené mon opération à bien. Je me suis servi du marteau pour frapper légèrement sur l'aiguille et produire la perforation.

D. Pourquoi ce ciseau ?

R. Pour briser le crâne.

D. A l'intérieur ! Dans le ventre ! Mais c'est monstrueux. Et je comprends que les témoins se soient jetés sur vous pour empêcher cette boucherie.

R. C'était effrayant pour les bonnes femmes qui étaient là. Mais ce n'était pas monstrueux. La preuve c'est que, si l'on m'accuse d'avoir perforé la vessie

avec l'aiguille, ce qui est faux, on ne prétend pas que j'ai causé la moindre lésion avec mon ciseau.

Je frappais très doucement. J'ai eu recours de nouveau à mon forceps et, par les réductions du crâne obtenues, j'ai extrait l'enfant. Il fallait que le crâne de l'enfant fût brisé pour délivrer la mère; je ne pouvais cependant obtenir ce résultat avec la simple apposition de mes mains.

D. Je le répète, vous n'étiez pas de sang-froid pour agir ainsi. Vous étiez si peu calme que lorsque la tête est apparue vous ne vous en êtes pas aperçu. C'est le mari qui a dit : « Voilà l'enfant ». Vous ne la voyiez pas. Et aussitôt après vous voulez partir avant la délivrance.

R. J'ai dit à la sage-femme : Vous pouvez la délivrer maintenant. Elle m'a répondu qu'elle préférerait que je le fasse. Je l'ai fait immédiatement et je m'en suis allé pour me reposer, croyant que l'opération était absolument réussie, et recommandant à la sage-femme de prendre diverses précautions pour éviter une hémorrhagie.

Je ne suis pas sorti le moins du monde inquiet. Les femmes qui étaient là m'ont nettoyé mon forceps; le mari a été très poli pour moi. Il m'a remercié, m'a donné mon paletot. Je lui ai dit avant de partir : Il est heureux que l'enfant fût mort; mais, je vous le déclare, eût-il été vivant, je n'aurais pas moins tenté l'opération de la craniotomie.

D. Vous n'êtes plus revenu chez Fresquet.

R. Si le lendemain je ne suis pas retourné voir la malade, c'est qu'il en est toujours ainsi quand on est appelé, comme je l'avais été, pour un service de nuit. Je n'avais pas d'autre visite à faire. Ignorant que j'étais du décès de M^{me} Fresquet, j'ai été excessivement surpris et ému lorsqu'on m'a arrêté quelques jours après.

II. — Les témoins à charge.

1. — LE MARI

Le témoin. — Ma femme avait eu déjà cinq enfants et toujours il avait fallu employer les fers. C'est la sage-femme, M^{lle} Maîtreperrière, qui, dans la nuit du 11 au 12 septembre, m'a dit d'aller chercher un médecin et de lui recommander d'apporter son nécessaire, l'accouchement devant être laborieux. Je l'ai fait. Or, voilà. Le docteur Laporte s'est mis à « farfouiller » dans ma femme. Il nous avait bien dit, à moi et à des amies, des voisines, qui m'assistaient, de nous retirer, ajoutant : « Soyez sans inquiétude, tout se passera bien. » Mais à un certain moment, préoccupé, inquiet, je suis rentré dans la chambre. Ma pauvre femme était sur le rebord du lit, les deux jambes sur des chaises. Même qu'une pendait quand je suis entré, tandis qu'il tirait avec le forceps pour retirer l'enfant mort. Si je n'étais pas arrivé, bien sûr qu'elle glissait et tombait sur le parquet, tant il y faisait peu attention. Heureusement que je la soutenais par les reins, lui maintenant en même temps une jambe. Quand il a retiré son forceps, sans résultat d'ailleurs, je me souviens qu'il m'a dit : « Je suis au bout de mon rouleau; je ne vois que l'opération césarienne à tenter. » Et il marchait, il marchait, parcourant nerveusement la chambre, parlant tout seul. Tout à coup, il s'écriait : « Sacrificion

l'enfant pour sauver la mère... Donnez-moi quelque chose de pointu. » C'était un affolement général.

Le Dr Laporte. — Je n'ai qu'un mot à dire. Je n'ai pas pu dire au témoin : « Il faut pour sauver la mère sacrifier l'enfant » attendu que j'avais ausculté et que je savais que l'enfant était mort.

Le témoin. — Les voisines, éloignées par lui au début de l'opération, étaient rentrées dans la chambre. Et nous lui apportions ce qui nous tombait sous la main : un porte-étiquette en fil de fer, un équarisseur et je ne sais plus quoi. Ou c'était trop long, ou trop court, ou trop flexible, — bref rien ne faisait l'affaire. Enfin j'apportai la boîte à outils et il y prenait une aiguille à matelas. « C'est parfait ça ! » faisait-il. Et le voilà enfonçant l'aiguille dans la matrice pour percer la tête de l'enfant, afin d'en faire sortir la cervelle et d'arracher ensuite le corps plus aisément.

Le Président. — Avez-vous vu si le docteur, lorsqu'il a introduit l'aiguille, la dirigeait avec sa main libre ?

Le témoin. — Je ne saurais préciser.

Le Président. — Vous avez bien compris ma question ? Le docteur a-t-il dirigé l'aiguille avec sa main gauche ?

Que faisait-il de sa main gauche ?

Le témoin. — Il ne faisait rien.

M. Henri Robert. — Je ferai observer à M. le Président que le témoin a dit tout à l'heure « qu'il ne saurait préciser ».

Le témoin. — N'arrivant pas à ses fins, il s'emparait d'un ciseau à froid et d'un marteau — et il tapait, il tapait pour briser la tête.

Le Président. — Voyons, Laporte, est-ce de la chirurgie, cela, ou de la boucherie ?

Le Dr Laporte. — Je ne sais trop si c'est vrai... en tout cas, j'ai fait pour le mieux, afin de sauver la mère. Un mari est toujours frappé de la brutalité apparente avec laquelle on opère sa femme.

Le Président. — Dites que vous aviez perdu la tête. Ce serait monstrueux si vous n'aviez pas cette excuse. Au surplus vous avez paru si étrange, si égaré que le mari vous arrachait le marteau des mains, tandis qu'une amie vous enlevait le ciseau à froid... Ce joli travail accompli, une contraction de la femme repoussait l'enfant. Elle était délivrée. Seulement, votre aiguille à matelas — même pas aseptisée, trempée dans l'eau bouillante — comme vous ne l'aviez pas introduite prudemment, pas conduite avec les doigts, avait, en deux endroits, perforé la vessie de la malheureuse qui mourait d'une péritonite deux jours plus tard, à l'hôpital Tenon.

2. — M^{me} HOUBERT

Une voisine, **M^{me} Houbert**, qui a assisté à l'opération, fait une déposition des plus vives :

Je demeurais dans la même maison que M^{me} Fresquet.

J'ai assisté à plusieurs accouchements, j'en ai l'expérience.

Le docteur m'a mise à la porte dès son entrée.

Le Dr Laporte. — Je n'avais pas besoin de spectatrices.

Le témoin. — Mais nous sommes restées dans la chambre voisine et j'ai regardé par la porte entr'ouverte et j'ai été surprise de voir le médecin

introduire avec aussi peu de précaution ses fers. Il fourrageait comme dans une marmite, sans même guider son outil avec sa main. Il le tournait là-dedans comme une cuiller dans la casserole. Je me dis à part moi que ce docteur-là ne devait pas avoir fait beaucoup d'accouchements.

Il ne savait même pas tenir un forceps. J'en ai bien vu dans ma vie!

Je sais comment il faut s'y prendre. Jamais je n'ai vu mettre le forceps comme ça! Le docteur tirait, tirait, tirait toujours? (M^{me} Houbert mime la scène avec expression.)

Je vous dis que je n'avais rien vu de pareil!

Le Dr Laporte. — Mais vous n'y connaissez rien, ma pauvre dame.

Le témoin. — Moi? J'ai vu cinq accouchements rien que dans la rue de Charonne.

Le Président. — A un moment donné, le Dr Laporte ne vous a-t-il pas dit: « Je suis au bout de mon rouleau? »

Le témoin. — Si, monsieur, il a dit ça quand nous sommes rentrées.

« Si vous ne vous reconnaissez pas capable, répliquai-je, allez chercher un autre médecin. Ça se fait dans les cas graves. »

Il ne répondit pas, mais, jetant ses fers qui, pour moi, étaient trop courts, il prit une aiguille à matelas et recommença à fourrager.

Il a donné comme ça deux ou trois coups, sans guider l'aiguille avec sa main.

Il l'a plantée tout droit, comme dans du sable.

— Vous allez piquer ma femme! lui cria M. Fresquet. Je ne veux pas!

Le Président. — Ce point est très grave. Vous persistez dans cette déclaration que le prévenu ne dirigeait pas l'aiguille de sa main gauche.

Le témoin. — Oui, je le jure.

Le Dr Laporte. — Comment cette femme peut-elle jurer des choses semblables et préciser ainsi les détails d'une opération. Ce ne sont que des racontars insensés.

Le Président. — Ah! permettez, ce mot est de trop. Il s'agit d'une faute. Je ne puis vous laisser parler ainsi d'un témoin qui parle sous la foi du serment. Il dit ce qu'il a vu.

Le Dr Laporte. — Je ne m'abaisserai pas à discuter ses accusations.

M^e Henri Robert. — Je voudrais bien que le témoin me dise ce que faisait le Dr Laporte de ses mains pendant l'opération, s'il ne dirigeait pas son instrument.

Le témoin. — Il les avait sur les genoux. (Explosion de rires, vives protestations.)

Le Président. — Il semble que dans la salle on a une opinion préconçue. Qu'on y prenne garde, je ferais sortir tout le monde.

M^e Henri Robert. — Eh bien, à vous, monsieur le Président, qui n'avez pas d'opinion préconçue, je vous demanderai d'entendre tout à l'heure M. le professeur Pinard qui, avec sa haute compétence, viendra vous dire que ce que le témoin a déclaré est scientifiquement impossible.

Le Président. — Oui, je sais, M. Pinard va nous faire un cours! Mais il n'est pas besoin d'être compétent pour savoir si l'opérateur guidait ou non son instrument. (Au témoin) Continuez.

Le témoin. — « Ça ne peut pas aller comme ça! répondit le Dr Laporte. Cet enfant a le crâne trop dur. »

Il lâcha son aiguille et se mit à chercher dans la boîte à outils, où il choisit un ciseau à froid et un marteau. Il introduisit le ciseau et se mit à taper dessus avec le marteau. Moi, je n'ai pas pu voir ça. Je lui ai arraché le marteau et M. Fresquet lui a arraché le ciseau.

Le Président. — Avait-il pris la précaution de nettoyer les outils, ou de les passer à l'eau bouillante?

Le témoin. — Pas du tout. Il a même ramassé l'aiguille à terre près de la cheminée.

Le Dr Laporte. — Ce sont des racontars.

Le Président. — Pas du tout. C'est le récit de faits très précis.

Le Dr Laporte, haussant les épaules. — Cette femme n'y connaît rien. Autant écouter la déposition de l'hippopotame du Jardin des Plantes. (Rires). Elle prétend avoir assisté à cinq accouchements avec forceps et elle a soutenu que la vis du mien ne fonctionnait pas. Or les experts ont constaté que la vis fonctionnait à merveille.

La femme Houbert, furieuse. — Vous n'êtes pas un médecin, vous êtes un charcutier.

3. — M^{me} DELANOE

Une autre voisine, qui se trouvait près de M^{me} Fresquet au moment de l'arrivée du Dr Laporte, fait une déposition analogue à celle du témoin précédent :

— J'ai vu le Dr Laporte endormir M^{me} Fresquet ; quelque temps après, son mari est rentré avec M^{me} Houbert ; j'ai assisté à l'opération faite par ce médecin ; d'abord avec une aiguille et ensuite avec un marteau. J'ai vu l'aiguille pénétrer comme dans un tas de sable sans être dirigée. Après, le médecin a déclaré qu'il fallait faire l'opération césarienne et il a demandé l'assistance d'un autre médecin. Enfin, après une dernière application des fers, la tête de l'enfant a été extraite.

4. — M^{me} BURGIS

J'étais présente quand le Dr Laporte est arrivé ; après avoir chloroformé la patiente, il s'est servi en vain du forceps qu'il maniait comme une cuillère à soupe. Il a alors demandé un outil pour perforer le crâne de l'enfant. Il a employé une aiguille à matelas et il s'en est servi deux ou trois fois ; puis il a employé un marteau et un ciseau à froid.

Le Dr Laporte proteste et fait observer qu'il est difficile à des personnes comme les témoins de raconter dans quelles conditions s'est faite une opération d'accouchement. « A mes cours, j'ai vu opérer des maîtres. Il m'aurait été difficile de préciser tous les détails : c'est de la prestidigitatation, un accouchement. »

III. — La sage-femme.

M^{me} Maitrepierre. — J'avais déjà accouché M^{me} Fresquet deux ans auparavant. Je suis appelée près d'elle le 11 septembre. Je vois que l'accouchement sera laborieux. M^{me} Fresquet avait refusé d'aller à l'hôpital malgré

mes conseils. Lorsque je dis qu'il fallait appeler un médecin, M. Fresquet me répondit : « Je n'ai pas d'argent pour en faire venir un pendant la journée ; attendons la nuit ; nous aurons celui du service de nuit : il ne coûte rien ». Enfin à 10 heures et demie du soir j'envoie M. Fresquet chercher un médecin. Il revient avec M. le docteur Laporte. Quelques instants avant l'arrivée de celui-ci, l'enfant vivait encore. Lorsque le Dr Laporte arriva je lui dis que le cas était grave.

M. Laporte a fait chercher du chloroforme. A partir de ce moment, je ne me suis guère occupée que du chloroforme. Je tenais d'une main la tête de la femme et de l'autre le tampon de chloroforme. Aussi les principaux détails de l'opération m'ont-ils échappé.

Il s'est servi du forceps, n'a pas réussi. Il a ensuite employé l'aiguille, le marteau et le ciseau.

Le Président. — Pour le forceps, l'a-t-il guidé ?

M^{me} Maitrepierre. — Je ne crois pas, mais je n'affirme pas.

Le Président. — Et pour l'aiguille ?

M^{me} Maitrepierre. — Je ne sais pas, je ne pouvais pas bien voir.

Le Président. — Vous a-t-il paru très habile ?

M^{me} Maitrepierre. — Non, il me semblait nerveux ; je lui ai demandé même s'il était souffrant. Il m'a répondu : « Non, je suis seulement émotionné ». Deux ou trois fois, il a dit : « Je suis au bout de mon rouleau. » Puis il a parlé de faire une version. Il était fort agité.

Le Président. — Mais voyons, savait-il se servir de ses instruments ?

Le témoin. — Évidemment pas à fond. « Je vais effectuer la craniotomie » faisait-il. Il dévissait son forceps afin de se servir de la pointe cachée dans une des branches. Mais la piqure qu'il produisait ainsi ne lui paraissant pas suffisante, il demandait un objet pointu. Il ne m'a pas paru se servir de son forceps avec grande dextérité ni habileté suffisante. Mais je ne connais peut-être pas suffisamment le maniement de cet outil, et de plus, il était fort émotionné, pas en possession de tous ses moyens.

Cependant il venait de se saisir de l'aiguille à matelas. Je ne l'ai pas bien vu à ce moment, car je tamponnais la malade avec le linge imbibé de chloroforme ; mais il me semble qu'il a introduit le doigt pour guider son instrument.

Le Président. — Il vous semble ?

Le témoin. — Oui, mais je ne saurais l'affirmer. Il me semble qu'il a mis un doigt.

Le Dr Laporte. — Je répéterai ce que j'ai déjà dit : pour le forceps comme pour l'aiguille j'ai également introduit la main gauche pour diriger l'instrument.

IV. — Le confrère du lendemain.

Le Dr Ballouet, médecin ordinaire de M^{me} Fresquet. — J'ai accouché M^{me} Fresquet, il y a deux ans. J'ai fait une application de forceps difficile et j'ai amené au monde un enfant qui vit encore.

Elle avait une assez bonne constitution, mais elle avait le bassin un peu rétréci.

J'ai été appelé chez elle après son dernier accouchement et j'ai jugé sa situation grave; j'ai conseillé de l'envoyer immédiatement à l'hôpital.

Le Président. — D'après les renseignements qui vous ont été fournis, l'opération faite par le Dr Laporte vous a-t-elle paru normale?

M. Ballouet. — Non; elle m'a paru anormale.

L'audience, suspendue à trois heures moins un quart, est reprise à trois heures.

V. — Les experts.

Nos lecteurs ont en mains : 1° le procès-verbal d'autopsie et les conclusions de M. Socquet; 2° le rapport de MM. Maygrier et Socquet. *Scripta manent.*

Voici, d'après la *Gazette des Tribunaux* du 20 octobre, page 998, colonnes 3 et 4, le résumé des dépositions faites par ces Messieurs à l'audience : (H. V.)

1. — LE MÉDECIN-LÉGISTE

M. le Dr Socquet. — J'ai fait l'autopsie de M^{me} Fresquet en présence du prévenu. La femme Fresquet paraissait bien constituée. J'ai procédé à la mensuration du bassin à l'aide du doigt; il avait onze centimètres de diamètre et le sacro-pubien était de 9 centimètres et demi, cela constitue un léger rétrécissement. J'ai constaté les traces d'une péritonite; j'ai remarqué deux perforations bien nettes de la vessie; elles mesuraient deux centimètres de longueur. Ces constatations ont été vérifiées par le Dr Laporte. Mes conclusions ont été celles-ci : La femme Fresquet est morte des suites d'une péritonite consécutive à une double perforation de la vessie. Les perforations paraissent avoir été faites avec une aiguille; le cadavre portait les traces d'un accouchement récent.

Le Président. — Est-ce qu'une seule piqûre aurait perforé deux fois la vessie?

R. A mon avis il n'y a eu qu'une seule piqûre. Le cadavre de l'enfant était celui d'un enfant du sexe masculin. Sur le cuir chevelu j'ai constaté une petite plaie à la partie supérieure; j'ai trouvé une fracture du pariétal droit, un peu de substance cérébrale avait dû couler, l'enfant n'avait pas respiré.

Le Président. — Quelle est votre opinion sur les opérations pratiquées par le prévenu?

R. Plusieurs questions nous ont été posées. Le Dr Laporte a-t-il manqué aux règles de l'art des accouchements? Nous avons reconnu que le docteur en arrivant chez cette femme aurait dû appliquer le forceps et ensuite procéder à la craniotomie. Comment a-t-il procédé? Il est très difficile de répondre. Le docteur devait se servir de tous les instruments à sa portée; a-t-il guidé le forceps et l'aiguille? Tout est là, s'il ne l'a pas fait, il a pu commettre une faute opératoire.

M. le Président. — Nous allons entendre sur ce point le Dr Maygrier.

2. — L'ACCOUCHEUR EXPERT

M. le Dr Maygrier. — Nous n'avons guère eu que les renseignements fournis par les témoignages pour nous éclairer. J'exposerai d'abord les faits : la femme Fresquet, qui avait eu cinq accouchements pénibles, accouchait pour la sixième fois ; le travail durait depuis deux jours lorsque la sage-femme s'aperçut que la présence d'un médecin était nécessaire. Lorsque le Dr Laporte arriva il constata que la situation était grave. Dans ces conditions, il fallait délivrer la femme ; on avait déjà trop attendu. Il fallait appliquer le forceps d'abord et faire la craniotomie ensuite. Le Dr Laporte a appliqué le forceps, il a eu recours ensuite à la craniotomie. Pour faire cette opération le docteur n'avait pas de craniotome, un instrument spécial. En tous cas, on doit prendre certaines précautions, notamment guider l'instrument pour qu'il ne dévie pas. Il a essayé de se servir de la pointe aiguë du forceps ; il a pris alors une aiguille à matelas courbée à son extrémité. C'est à l'aide de cet instrument qu'il a pratiqué la craniotomie. Si les témoignages sont exacts, il y aurait eu une faute opératoire en ce sens que l'instrument n'aurait pas été guidé et aurait produit deux perforations de la vessie, accident excessivement grave. Le docteur a repris le forceps, et il aurait ainsi réussi à extraire la tête ; voilà les faits. D'abord, un premier point. Dans le cas où il se trouvait le Dr Laporte n'avait pas autre chose à faire que ce qu'il a fait : on pourrait reprocher au docteur de s'être servi de cette aiguille, qu'on tient mal en main. C'était un instrument défectueux ; mais j'ajoute que le docteur n'ayant aucun instrument spécial pouvait employer n'importe quel instrument pointu. Maintenant a-t-il dirigé son instrument ? Je ne puis que m'abriter derrière les déclarations des témoins. De la façon dont il a employé cette aiguille, il semble résulter des témoignages qu'il a commis une faute opératoire. Mais je m'empresse d'ajouter qu'il y a un certain nombre de circonstances qui atténuent beaucoup la responsabilité du Dr Laporte : 1° Il était seul, au milieu de la nuit, placé dans des conditions défectueuses, dans un milieu déplorable, privé de l'aide nécessaire pour faire une opération grave ; 2° Le Dr Laporte avait, en matière de craniotomie, une grande inexpérience : c'était la première fois qu'il la pratiquait. Il a été obligé de la faire, car la femme Fresquet ne pouvait être délivrée que par cette opération. Il se trouvait acculé à ce dilemme terrible : ou ne pas faire l'opération, et la femme succombait, ou faire l'opération et la faire dans des conditions défavorables ; 3° Le Dr Laporte n'avait qu'un instrument défectueux qui pouvait faire des échappées même entre des mains plus habiles. Il me semble qu'il était de mon devoir, moi qui ai juré de dire toute la vérité, de montrer les conditions difficiles dans lesquelles se trouvait Laporte et qui devaient largement entrer en ligne de compte dans l'issue fatale de l'accouchement.

VI. — Les témoins à décharge.

Un client reconnaissant (**M. Cabaroir**) vient déclarer que sa femme, au chevet de qui le Dr Laporte avait été appelé dans une circonstance analogue, le 30 juillet dernier, fut délivrée promptement et que le médecin, qui réussit

une opération difficile, fit preuve de la plus grande habileté et de beaucoup de dévouement. Il lui doit d'avoir « un bel enfant ».

Puis c'est la sage-femme (**M^{me} Mercier**), qui assistait à cet accouchement et qui vient confirmer les dires du précédent témoin et rendre hommage à la dextérité et à la prudence du D^r Laporte.

Le Président. — L'accouchement a été laborieux?

Le témoin. — Oui, l'enfant se présentait par l'épaule.

Le Président. — Le D^r Laporte vous a-t-il paru inexpérimenté?

Le témoin. — Non, bien au contraire.

Le D^r Seignette, professeur agrégé de l'Université, chevalier de la Légion d'honneur. — Je connais le D^r Laporte depuis plus de quinze ans. C'est un garçon rangé, travailleur, peu causeur, au langage assez difficile mais qui dans l'intimité apparaît ce qu'il est en réalité : une intelligence très nette et très vive, un caractère bien droit, un praticien incapable de commettre une action qui ne lui aurait pas été dictée par sa conscience. Il vous paraîtra un peu nerveux. C'est parce qu'il est un timide et n'a l'habitude de parler que lorsqu'il a bien mûri sa pensée.

Le D^r Ducor, secrétaire de la Société médicale du 17^e arrondissement. — Le D^r Laporte a été admis à l'unanimité membre de la Société médicale du 17^e arrondissement après une enquête tout à l'honneur de sa moralité et de ses capacités scientifiques.

Si le père de M. Bertulus vivait, il lui eût appris que le D^r Laporte avait agi dans la plénitude de son droit de médecin, en vertu d'un diplôme chèrement acheté.

Condamner le D^r Laporte serait donner une prime à l'homicide par omission. Si vous le frappez, il n'est pas de cas grave où les médecins ne se refusent à intervenir par crainte de la rigueur des tribunaux. Les jeunes praticiens abandonneraient les femmes en couches plutôt que de s'exposer à des poursuites comme celle-ci en faisant les opérations qu'ils jugeraient nécessaires et qu'ils ont le droit d'entreprendre.

Le D^r Lutaud déclare que le prévenu est très capable, très distingué dans sa profession.

Le D^r Berthod, président du Syndicat des médecins de la Seine. — Nous avons obtenu la liberté du D^r Laporte. Au point de vue de l'exécution, les opérations de la médecine se divisent en deux catégories, celles qu'on combine et qu'on mûrit et celles qui sont urgentes, pressantes, et dans lesquelles le médecin est précipité. Il suffit d'avoir vu un accouchement pour savoir que celui-ci rentre dans la deuxième catégorie. Serait-il possible d'adresser un reproche au médecin, dans des conditions de troubles inhérentes à ces circonstances, d'une absence de méthode, alors que les éléments lui font défaut? Nous croyons que le sentiment public nous saurait plus mauvais gré de notre abstention, car dans ces cas difficiles, l'abstention, c'est la mort. J'ai dit à M. le juge d'instruction Bertulus que son père, qui avait été un médecin aussi honorable que distingué, lui aurait donné, s'il vivait encore, des appréciations utiles etc...

M. le Président. — Le Tribunal vous invite à ne pas continuer sur ce terrain.

R. — J'ai fini, Monsieur le Président, je tiens seulement à dire que je considère le D^r Laporte comme un médecin distingué et un homme honorable.

Le Dr Paul Laffitte, médecin du Bureau de bienfaisance. — Le Dr Laporte m'a remplacé en diverses circonstances ; il s'est montré plein d'intelligence, de bonté et de dévouement. Les pauvres gens qu'il a soignés s'étonnent de son emprisonnement. Et moi je m'étonne comme eux.

Les experts disent qu'il a fait son devoir. Quand un honnête homme (et le Dr Laporte en est un) a fait tout son devoir, est-il possible de le déclarer coupable ?

VII. — Déposition du Professeur Pinard.

Le Dr Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en pratiquant la craniotomie, est accusé d'avoir, en employant un instrument défec-tueux, agi avec maladresse et inhabileté, et provoqué involontairement des lésions ayant entraîné la mort.

Pour juger la valeur d'une telle accusation il est nécessaire, indispensable de faire revivre l'observation. Je vous demande la permission de le faire. (Assentiment de M. le Président.)

Le 11 septembre, à 11 heures et demie du soir, le Dr Laporte arrivait près de la dame Fresquet. Il apprenait par une sage-femme que cette dame était en travail depuis quarante-huit heures, que l'œuf était rompu depuis l'après-midi, que le cordon faisait procidence à la vulve, et que l'enfant se présentait par la tête. Il apprenait de plus que la parturiente était accouchée déjà cinq fois : quatre fois à l'aide du forceps et une fois spontanément. On lui disait enfin que la dame Fresquet, accouchée précédemment à l'hôpital, ne voulait plus y retourner et voulait accoucher chez elle.

Que fait alors, et dans ces conditions, le Dr Laporte ?

Il ausculte, il prend le cordon entre les doigts, essayant d'entendre ou de percevoir les pulsations fœtales, afin de savoir si l'enfant est vivant ou mort, la sage-femme lui ayant dit qu'un quart d'heure avant l'enfant était encore probablement vivant. Il n'est pas sûr de son auscultation, il ne peut affirmer qu'il n'a pas perçu de pulsations, et alors il pense qu'une application de forceps doit d'abord être tentée. Cette opération, il avait le droit et le devoir de la faire. Il envoie chercher du chloroforme, et en attendant, place dans une bassine remplie d'eau bouillante son forceps : un forceps dit forceps de Levret, tout neuf. Vous l'avez là devant vous. Avec l'aide de la sage-femme il procède à l'anesthésie, puis il place la dame Fresquet dans la position obstétricale en travers du lit, les deux jambes sur des chaises, comme on doit les placer, et pratique une première application de forceps. Il tire ; la tête ne descend pas. Pensant que sa prise, quoique solide, n'est pas bonne, il désarticule, retire son instrument, et procède à une deuxième application. Mais cette fois il ne peut articuler. Alors il retire les branches, et a recours à une troisième application. Cette fois il place les cuillères comme il le désire, articule et tire. Mais quoique ayant saisi solidement la tête, celle-ci reste immuable ; un obstacle insurmontable l'empêche de passer : le bassin est rétréci.

En face de ce rétrécissement infranchissable, et ayant acquis la certitude que l'enfant était mort, le Dr Laporte pense que la craniotomie s'impose.

A ce moment il pouvait faire l'une de ces trois choses :

Ou bien s'en aller en abandonnant la femme. Ou bien s'atteler au forc

et tirer comme un bœuf, en risquant de produire des lésions graves. Ou bien faire la craniotomie.

C'est ce dernier parti qu'il prit. C'est-à-dire qu'il se conduisit comme un accoucheur vieilli sous le harnais obstétrical, en considérant l'enfant mort comme un corps étranger, pouvant et devant être mutilé, afin de faciliter son extraction sans nuire aux organes maternels. Cette nouvelle opération, il avait également le droit et le devoir de la pratiquer. Il en avait le droit de par ses études, de par son diplôme. Il en avait le devoir, car cette femme, abandonnée à elle-même, serait morte sans avoir pu accoucher.

Pour pratiquer la craniotomie, le D^r Laporte se servit tout d'abord d'un instrument destiné à cette opération. Il dévissa la branche de son forceps qui porte, comme vous le voyez, une pointe aiguë qui doit pénétrer dans le crâne. (A ce moment le professeur Pinard prend sur la table où sont les pièces à conviction le forceps dont s'est servi le D^r Laporte, et montre au Tribunal la pointe acérée destinée à perforer le crâne.) Il est probable que la pointe, après avoir perforé la bosse séro-sanguine, qui devait être ici considérable, rencontra des os très durs, et que la tête mobile, mal maintenue, fuyait devant l'instrument. Je dois vous dire, Messieurs, que dans certains cas, les os étant très ossifiés — et ils devaient l'être ici, bien que le rapport d'autopsie n'en parle pas, — la tête fuit facilement devant l'instrument ; il faut la maintenir avec beaucoup de force, ce qui est parfois extrêmement difficile. J'ai vu entre les mains des plus habiles, des plus grands maîtres, des difficultés presque insurmontables avec des instruments dont la pointe était mal acérée. Bref, le D^r Laporte ne put pénétrer dans le crâne avec le craniotome de la branche du forceps. Ne voulant pas opérer avec violence, il demanda alors au mari de la dame Fresquet s'il n'aurait pas un instrument pointu à sa disposition. On lui apporta une boîte contenant plusieurs instruments, au milieu desquels il choisit une aiguille à matelas, un ciseau et un marteau.

Avec l'aiguille préalablement trempée dans l'eau chaude, il cherche une fontanelle, et tenez, Messieurs, combien cela était rationnel ! Voici un crâne d'enfant ; je prends l'aiguille dont s'est servi le D^r Laporte et je traverse très facilement l'espace membraneux au niveau de la fontanelle.

On lui reproche d'avoir employé cette aiguille qu'on considère comme instrument défectueux et trop ténu. Ce reproche, je ne l'admets pas ; car cette aiguille pouvait, aussi bien qu'un bistouri, remplir le rôle pour lequel elle était choisie. Mais la fontanelle était probablement masquée par la bosse séro-sanguine, en tout cas, difficile à trouver. Il fit plusieurs piqûres superficielles, comme en témoigne l'autopsie de la tête de l'enfant. Puis enfin, la pointe de l'aiguille étant appliquée sur la continuité de l'os, il prit le marteau, afin, par de petits coups frappés sur l'autre extrémité, de la faire pénétrer dans le crâne. Et l'aiguille pénétra. Mais l'ouverture était petite, la substance cérébrale ne sortait pas. Il songea alors au ciseau, et au moment où il allait s'en servir on le lui arracha des mains. Dans ces conditions, au milieu de ces difficultés et de ces obstacles, le D^r Laporte fit une quatrième application de forceps. Les deux cuillères ayant été introduites, il articula ; mais, au lieu de tirer, il rapprocha l'extrémité des branches afin de se servir du forceps comme instrument réducteur, devant aplatir la tête. Il procéda, en somme, ainsi qu'on le faisait avant l'invention du céphalotribe. Il réussit relativement, puisqu'il détermina alors une fracture d'un pariétal, — fracture

notée à l'autopsie de l'enfant, — et l'issue d'une petite quantité de matière cérébrale. Et alors, tirant sur le forceps et les contractions aidant, il parvint à engager la tête et termina l'accouchement. La délivrance faite, il ordonna à la sage-femme de faire des injections antiseptiques, et quitta la maison, harassé, mais heureux et fier d'avoir pu terminer, dans des circonstances aussi difficiles, une opération qui devait sauver la femme.

Si maintenant j'examine l'état d'esprit du Dr Laporte pendant la série d'opérations pratiquées par lui dans ces conditions, je suis obligé de reconnaître une volonté éclairée, tenace, étonnante, pour ne pas dire extraordinaire.

Pratiquant cette opération pour la première fois, je ne vois aucune défaillance ; il faut qu'il ait un tempérament chirurgical particulier, s'appuyant sur des études médicales sérieuses.

Et je comprends son étonnement tout d'abord, quand, huit jours après, un juge d'instruction le fait appeler et lui demande compte de ses actes pendant la nuit du 11 septembre ; son chagrin ensuite quand on lui apprend que la dame Fresquet est morte. Conduit à la Morgue, mis en présence du cadavre, il assiste navré à l'autopsie. On lui montre une perforation utéro-vésicale. De plus en plus ému, il se trouble, il balbutie, et en somme ne peut répondre. Eh bien, Messieurs, je viens répondre pour lui.

Par cela même qu'on a constaté sur la table d'autopsie une perforation utéro-vésicale et que le Dr Laporte s'est servi d'une aiguille de matelassier pour pratiquer la craniotomie, faut-il et doit-on en conclure à un rapport nécessaire et fatal entre l'instrument et la lésion ?

N'est-ce pas reculer d'un siècle de penser ainsi et de dire : « Il y a une déchirure des organes, on s'est servi d'un instrument, donc c'est l'instrument qui a produit la déchirure. » Est-ce que Levret n'a pas protesté contre cette interprétation à l'époque où l'on attribuait au forceps, instrument nouveau, les lésions des organes du bassin ? Est-ce que déjà le grand accoucheur n'avait pas démontré que plus souvent qu'on ne croyait, dans certaines conditions les perforations peuvent se produire et exister alors qu'aucun instrument n'a été employé ? Est-ce que, depuis Levret, les perforations dites spontanées n'ont pas été admises par tous les accoucheurs ? Est-ce que Jolly, dans sa thèse, en 1870, n'a pas démontré par des chiffres que les perforations spontanées étaient plus fréquentes que les perforations traumatiques, surtout chez les multipares ayant un rétrécissement du bassin ?

Et justement la dame Fresquet se trouvait remplir toutes ces conditions, comme je vais essayer de vous le démontrer.

Je pense que le bassin a été conservé, je demande à le voir. (Le tribunal déclare ne pas l'avoir....) Je regrette d'autant plus de ne pas le voir que si je me reporte au rapport d'autopsie, je constate que le bassin a été mesuré par déduction, méthode qui peut conduire à des erreurs de deux centimètres, alors que rien n'eût été plus facile que de le mesurer mathématiquement. Mais je n'insiste pas, Monsieur le Président, j'aurais bien d'autres remarques à faire que je passe sous silence. Une chose me suffit ; un léger rétrécissement du bassin a été constaté, le bassin a été évalué à 9 1/2 ; je m'en contente, car c'est justement dans les cas de bassins légèrement rétrécis que se produisent le plus souvent les perforations spontanées. Donc la femme Fresquet avait un léger rétrécissement du bassin ; de plus, elle accouchait pour la 6^e fois. Nous avons donc les deux conditions prédisposantes : multiparité et

rétrécissement léger. Enfin, je demanderai à mes confrères si le bassin n'était pas épineux ? Ils n'ignorent pas l'existence des bassins décrits par Kilian, Depaul et d'autres sous ce nom, c'est-à-dire, Messieurs, des bassins pourvus d'aspérités, d'épines, d'aiguilles osseuses siégeant surtout sur la partie antérieure, au niveau du pubis, et sur lesquelles la tête, violemment projetée par la contraction, vient perforer les organes ? Or je trouve le rapport d'autopsie absolument muet à cet égard !

M. Socquet. — J'ai regardé le bassin, je n'ai pas vu d'aiguilles ; en fait d'aiguille je n'ai vu que l'aiguille d'acier.

M. Pinard. — Et la saillie articulaire postérieure, l'avez-vous regardée ? Non, car du premier coup vous l'avez détruite en disjoignant la symphyse. C'est une pièce qui n'a plus de valeur et qui était de première importance.

Je dis, moi, que tout ici plaide en faveur de la perforation spontanée ; car en plus des deux facteurs précédents, nous avons la longueur du travail ; or cette femme était en travail depuis quarante-huit heures.

Autre chose : je lis dans le rapport que les deux perforations vésicales sont sur le même plan horizontal. Or, comment expliquez-vous qu'une aiguille allant de bas en haut ait pu, en perforant la vessie de part en part, produire cette perforation double et *horizontale* ? Il eût fallu pour cela faire manœuvrer l'aiguille horizontalement, ce qui est matériellement impossible.

Est-ce que cette perforation double et spontanée ne s'explique pas mieux par le mécanisme si clairement indiqué par cette planche que je suis allé chercher dans le musée de la Faculté, planche que M. Maygrier a des raisons particulières de connaître, et qui est la figure demi-schématique, agrandie, donnée par M. Bonnaire dans son mémoire sur les perforations utéro-vésicales ?

Je répète que toutes les probabilités plaident ici en faveur de la perforation spontanée.

Le grand coupable, c'est le bassin et nous ne l'avons pas.

Heureusement pour nous, nous avons le rapport du Dr Socquet où je lis ceci : *Examen de l'appareil génital : LA VULVE, LE VAGIN, LES CULS-DE-SAC, L'ORIFICE EXTERNE DE L'UTÉRUS SONT INTACTS.*

Messieurs, j'entends déjà le cri de stupeur que va pousser le corps médical tout entier quand il saura que le médecin qui a fait, chez une femme ayant un rétrécissement du bassin, quatre applications de forceps et des tentatives de craniotomie, et cela sans léser ni la vulve, ni le vagin, ni les culs-de-sac, ni l'orifice externe, est accusé d'avoir opéré avec maladresse et inhabileté !

Messieurs, j'ai pratiqué souvent des opérations semblables, et je n'oserais pas garantir une telle intégrité des organes après cette série d'opérations.

J'en appelle à M. Maygrier. Pourrait-il répondre d'avoir une intégrité semblable après quatre applications de forceps ? Et c'est cet homme qu'on accuse de ne pas avoir conduit ses instruments avec la main ! Je dis qu'il était impossible au Dr Laporte de pratiquer quatre applications de forceps sans perforer les culs-de-sac s'il n'a pas conduit les instruments comme il le fallait.

Voilà, Messieurs, ce que j'avais à vous dire. Si quelque doute reste encore dans votre esprit, je suis à votre disposition pour le faire disparaître.

Le Président. — Plusieurs témoins ont déclaré que le prévenu n'avait pas guidé avec la main son instrument.

M. Pinard. — Mais ce que disent les témoins est impossible. Moi qui ai l'habitude d'opérer depuis vingt-cinq ans, s'ils me voyaient faire ils me traîneraient en cour d'assises.

M. Henri Robert. — Je demanderai encore une fois à M. le professeur Pinard si ce que disent les témoins est possible.

M. Pinard. — Absolument impossible.

M. Socquet. — M. le professeur Pinard m'a reproché d'avoir mesuré le bassin avec le doigt. C'est ainsi qu'on le fait le plus souvent. Admettant une erreur de 2 centimètres, le bassin pouvait aussi bien avoir 11 centim. et demi que 7 centim. et demi. Mais je suis d'accord avec le témoin puisque j'ai constaté un rétrécissement.

M. Pinard. — Je n'ai pas insisté sur ce point. J'ai simplement parlé de la mensuration du bassin pour montrer que nous aurions pu avoir une mesure mathématique. Le point capital c'est que le bassin n'a pas été examiné. Toute la question est là. Avez-vous cherché s'il y avait des aiguilles osseuses ?

M. Socquet. — Il n'y en avait pas.

M. Pinard. — Mais votre rapport n'en parle pas.

M. Maygrier. — Notre situation est fâcheuse. Nous avons l'air d'accabler un confrère. Mais les pièces sont conservées. M. Pinard peut les voir. Alors il changera d'avis. Les perforations n'avaient pas l'apparence de déchirures spontanées.

M. Pinard. — Je demanderai simplement à M. Maygrier : avez-vous vu le bassin ?

M. Maygrier. — Non.

M. Pinard. — Alors vous n'avez pas vu les pièces.

M. Henri Robert. — M. Maygrier a-t-il assisté à l'autopsie ?

M. Maygrier. — Non, comme accoucheur je ne pouvais pas. Mais on m'a montré les pièces. Il ne peut pas y avoir d'aiguilles osseuses à l'endroit où fut perforée la vessie.

M. Pinard. — Qu'en savez-vous ? Savez-vous où se trouve la vessie pendant un accouchement difficile ? Personne n'a jamais pu le préciser.

M. Henri Robert. — Étant donné le siège de la double perforation, est-il possible qu'elle ait été le résultat d'une introduction brutale de l'aiguille, comme le disent les témoins, alors que les parties génitales ne sont pas blessées. Tout le procès est là.

M. Pinard. — Non, non, non.

M. Maygrier. — Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Pinard.

M. Henri Robert. — Le Dr Laporte peut-il avoir à quatre reprises différentes enfoncé le forceps sans le guider, alors que les parties génitales sont intactes.

M. Pinard. — Non, non, non.

M. Maygrier. — Cette fois je suis complètement de l'avis de M. Pinard.

M. Henri Robert. — M. le Président disait tout à l'heure qu'il ne comprenait pas que, sauf à la campagne, on pût se servir d'instruments comme ceux qu'avait employés le Dr Laporte. Quelle est l'opinion de M. Pinard à ce sujet. L'instrument dont s'est servi le Dr Laporte était-il réellement dangereux ?

M. Pinard. — Les instruments nouveaux que nous employons pour pratiquer la craniotomie, maniés par un maladroit, seraient bien plus dangereux que l'instrument qu'on vient de nous montrer. Il n'est ni trop court, ni trop mince, ni trop flexible.

M. Maygrier. — Je n'ai pas dit qu'il fût trop court.

M. Pinard. — Mais vous l'accusez d'être trop ténu. Du reste, avec tous les instruments un accident opératoire peut se produire. Je ne suis pas certain de ne jamais perforer de vessie, pas plus que M. Maygrier. Mais, je le répète, ce n'est pas l'aiguille qui a pu produire la lésion.

M. Maygrier. — Permettez-moi de vous dire que M. le professeur Tarnier a approuvé notre rapport. Voici sa lettre. (Le témoin en donne lecture.)

M^e Henri Robert. — Certainement. Et comme cela éclaire le procès. Un médecin éminent dit oui, un médecin éminent dit non. Un tribunal peut-il trancher la question ? Décidez si vous l'osez. Vous n'oserez pas.

M. Pinard. — De pareilles discussions entre médecins ne peuvent que leur nuire. Mais je crois remplir mon devoir. Ne connaissant pas le D^r Laporte (1), je ne suis venu ici que parce que j'avais une conviction profonde. Je ne veux poser qu'une question à M. Maygrier. A-t-on envoyé à M. Tarnier le rapport de M. Socquet ?

M. Maygrier. — Non.

M. Pinard. — Eh bien alors ! Je dis que quand M. Tarnier saura que les parties génitales étaient intactes, après quatre applications de forceps, il dira comme moi que le D^r Laporte ne peut pas être considéré comme un maladroit.

VIII. — Le Ministère public.

LE RÉQUISITOIRE

M. le substitut Brouchot requiert l'application de la loi.

« Après avoir retracé les circonstances dans lesquelles les poursuites ont été exercées, le ministère public insiste sur ce qu'il considère comme une faute grave imputable au prévenu. Il y a des témoins qui sont formels, il y a le témoignage de la sage-femme attestant avec netteté que jamais le docteur Laporte n'a dirigé avec le doigt ou la main les instruments qu'il a employés. Là est la faute, là est l'imprudence.

« Je vous ferai grâce de la thèse de l'irresponsabilité absolue des médecins. On ne la soutient plus. Il faut appliquer le droit commun, l'art. 319 C. pénal, parce que les médecins ne sauraient échapper au droit commun. Il ne s'agit pas de discuter des méthodes, des doctrines scientifiques. Mais la maladresse qu'aucun médecin ne commettrait, mais la *culpa latissima* que nous rencontrons dans l'affaire, elle tombe sous l'application de la loi. C'est ce que la jurisprudence a toujours décidé. »

L'organe du ministère public cite et commente les décisions de justice rendues en la matière.

(1) Le D^r Laporte a fait son stage d'accouchements à la Clinique de la rue Assas.

« Que le corps médical se rassure, conclut-il. Ce que nous demandons c'est la loi égale pour tous ; c'est que les médecins cessent de se targuer du privilège de l'irresponsabilité devant la justice répressive. L'exercice de la profession n'en sera rendu ni plus difficile ni plus dangereux, parce qu'entre le corps médical et le docteur Laporte, il y a un abîme ; on ne saurait conclure du particulier au général. Laissons à la science toute liberté, toute latitude, parce qu'elle est la science. Mais lorsque la justice est en présence d'un docteur comme le prévenu, la justice reprend ses droits ; il faut lui en laisser le libre exercice. »

L'audience, levée à six heures, a été renvoyée à demain pour la plaidoirie de M^r Henri Robert.
(*Gazette des Tribunaux.*)

Le substitut Brouchot parle, en débutant, des contradictions médicales, et il nous annonce qu'il a fait acte de courage (oh ! combien) en se chargeant de l'accusation.

« Je serai, dit-il, ce téméraire, ce vaillant, j'aurai la foi robuste, et j'espère vous démontrer que la condamnation du D^r Laporte s'impose. »

Le substitut Brouchot parle de l'opinion publique, qui est revenue de sa première impression sur le cas du D^r Laporte, et des publicistes dont les appréciations sont peu justifiées.

Il donne des détails sur la vie du D^r Laporte, qui fut quelque temps médecin à bord d'un bateau de la Compagnie transatlantique, et à qui il semble surtout reprocher de ne pas avoir une grosse clientèle.

Entre temps, l'organe du ministère public lit une lettre de l'éminent D^r Variot qui, avec une énergie et une sobriété de termes remarquables, déclare qu'il craint qu'une interprétation erronée ne soit donnée à une première lettre écrite par lui, et affirme qu'en toute connaissance de cause, il ne voudrait même pas dire que le D^r Laporte peut être poursuivi en vue d'une réparation civile.

A ce moment, nous avons cru que le substitut Brouchot allait se charger de la défense. Ce n'a pas été pour longtemps.

Le voici maintenant essayant de laver le juge d'instruction ; ce bon ami Bertulus, qui infligea la prison préventive au D^r Laporte, parce que « c'était son devoir ».

Ce plaidoyer *pro domo* soulève des protestations dans l'auditoire. Sublime et avec un geste apollonien, M. le substitut s'écrie : « Je dis mon opinion, voilà tout ! »

Et il reprend les faits de la prévention, s'attachant surtout à reprocher au prévenu de n'avoir pas soutenu le crâne de l'enfant pendant l'opération et de ne pas avoir guidé, avec sa main gauche, la pointe de l'aiguille.

Il parle ensuite du D^r Lassalette, de Pau, qui oublia une pince dans un cadavre, et du D^r Dufournier qui a fait, avec quelque raison, ce nous semble, « la plaisanterie » de prévenir le juge d'instruction Bertulus qu'appelé auprès d'une malade pour une craniotomie, il n'irait pas sans un agent.

L'organe du ministère public termine enfin par ces mots :

La médecine n'est pas ici en cause.

Entre l'art du chirurgien et le cas du D^r Laporte il y a un abîme. On ne saurait conclure du particulier au général.

Laissons à la science toute latitude quand elle reste la science. Il faut ici rendre à la justice sa libre appréciation des faits. (*Intransigeant.*)

C'est immédiatement après l'éclatante démonstration du professeur Pinard, alors que tout le monde croyait que le ministère public allait abandonner l'accusation, que M. Brouchet, substitut, ne voulant pas « s'avouer vaincu », a soutenu non sans talent mais avec une audace imprudente que le Dr Laporte était coupable et qu'il fallait le condamner. (XIX^e siècle.)

Après ce véritable coup de théâtre produit par la déposition sensationnelle de l'éminent professeur Pinard, la cause était entendue. Aussi, quand la parole a été donnée à l'organe du ministère public, le substitut Brouchet aurait dû se souvenir de la fière devise de ses prédécesseurs : *La plume est serve, mais la parole est libre.*

Il devait purement et simplement abandonner la prévention. Comme il l'a déclaré lui-même au début de sa réquisition, il ne s'est pas avoué vaincu et a eu la témérité de la soutenir. Il ne croyait pas si bien dire. Vous avez jugé de sa vaillance par le compte rendu du procès que vous venez de lire. (Libre Parole.)

La parole est ensuite donnée à M. le substitut Brouchet, qui prononce son réquisitoire, roulant presque entièrement sur les conclusions du rapport du Dr Socquet. (Le Matin.)

M. le substitut Brouchet se lève pour prononcer son réquisitoire. Il déclare tout d'abord qu'il a plus de confiance en ceux qui ont vu les pièces, qu'en celui qui ne vient apporter qu'une discussion théorique. Il est intimement convaincu de la culpabilité du Dr Laporte.

L'organe du ministère public, après avoir examiné les faits en eux-mêmes, étudie la question de droit et conclut à la responsabilité absolue du prévenu.

Ce que le parquet veut, dit-il en terminant, c'est que les médecins cessent enfin de se targuer du prestige de l'irresponsabilité devant la justice répressive. Laissons à la science toute la latitude qu'elle réclame, pourvu qu'elle reste la science. (Le Petit Journal.)

Le président met fin à cette discussion en donnant la parole au substitut Brouchet, qui prononce son réquisitoire.

L'audience est levée à six heures un quart. (L'Autorité.)

L'impression que nous en dégageons et que l'organe du ministère public ne parvient pas à dissiper, est que le Parquet a agi bien à la légère en faisant cette poursuite, et que plus que jamais, après cette audience, la culpabilité du Dr Laporte est loin d'être démontrée.

M. le substitut Brouchet s'est, d'ailleurs, borné à réclamer contre lui le minimum de la peine. (Le Petit Parisien.)

Après un plaidoyer aussi éloquent, s'écrie en se levant M. Brouchet, on pourrait croire que je vais abandonner l'accusation. Non, je persiste dans mon opinion.

Et reprenant un à un les arguments de l'interrogatoire, il conclut à la condamnation du Dr Laporte.

Voici ses derniers mots :

Ce qu'il faut, c'est que les médecins cessent de se targuer de leur irresponsabilité devant la justice qui doit être égale pour tous. (Le Radical.)

Le président met fin à cette discussion en donnant la parole au substitut Brouhot.

L'audience est levée à six heures un quart.

(*Le Soir.*)

Et, là-dessus, M. le substitut Brouhot se lève ; tout le monde espère qu'il va abandonner l'accusation ; mais, à la surprise générale, il parle pendant deux heures pour démontrer que le Dr Laporte est coupable, et que le professeur Pinard n'entend rien à l'art de l'accouchement, et que M. Bertulus est innocent.

(*Écho de Paris.*)

C'est immédiatement après l'éclatante démonstration du professeur Pinard, alors que tout le monde croyait que le ministère public allait abandonner l'accusation, que M. Brouhot, substitut, ne voulant pas « s'avouer vaincu », a soutenu, non sans talent, mais avec une audace imprudente que le Dr Laporte était coupable et qu'il fallait le condamner.

(*Rappel.*)

Mais M. le substitut Brouhot ne veut pas en démordre. Dans un réquisitoire très étudié, il persiste, à l'aide des témoignages, en jetant par-dessus bord toutes les théories médicales, à vouloir démontrer que le Dr Laporte a été un maladroit, un brutal, qu'il a fourragé dans le sein d'une femme comme on fouille un poêle avec un tisonnier.

« — Le Tribunal, dit-il, ne le renverra pas indemne. Il faut que les médecins cessent enfin de se targuer du privilège de l'irresponsabilité devant la justice ! »

(*Figaro.*)

Et malgré l'ambiance défavorable, c'est tout de suite, de la part du substitut Brouhot, une grande maîtrise de soi, une belle solidité d'argument, un ordre, un développement dans son réquisitoire, qui arrête les expansions du public, jusque-là trop libres, gêne et glace les espoirs peut-être prématurés. Un grand succès personnel pour ce jeune magistrat.

(*Soleil.*)

M. le substitut Brouhot se lève.

— Après le brillant plaidoyer de M. Pinard, s'écrie-t-il, on pourrait croire que je vais abandonner l'accusation. Il n'en est rien. Je conserve mon opinion.

Et, s'appuyant sur les rapports des experts et les témoignages des voisins, il déclare qu'à ses yeux, le Dr Laporte n'a pas dirigé suffisamment les instruments dont il s'est servi, qu'il n'a pas protégé les parois voisines.

Il sollicite donc une condamnation, afin, dit-il, « que les médecins ne se targuent plus de leur irresponsabilité devant la justice qui doit être égale pour tous ».

(*L'Eclair.*)

La cause est gagnée, et après la déposition de M. le professeur Pinard, comme après celles de nombre de médecins, qui étaient venus affirmer la parfaite honorabilité et même l'adresse et la science de M. le Dr Laporte, on s'attendait à voir M. le substitut Brouhot abandonner la prévention.

M. Brouhot, dans son réquisitoire, s'est efforcé de se montrer plus habile gynécologue que M. le professeur Pinard. Il ne semble pas qu'il ait réagi dans cette tâche.

(*Gaulois.*)

M. l'avocat de la République Brouchet soutient avec vigueur la prévention. Il supplie le tribunal de ne pas consacrer cette théorie, digne des médecins de Molière, que le diplôme confère des immunités spéciales.

(Débats.)

Audience du 20 octobre.

Un public très nombreux, parmi lequel on remarque des notabilités du monde médical, est venu assister à la continuation des débats de cette affaire.

L'audience est ouverte à midi et demi.

M^e Henri Robert présente la défense du D^r Laporte.

IX. — Plaidoirie de M^e Henri Robert.

MESSIEURS,

Le D^r Laporte est poursuivi devant vous pour avoir tenté de sauver une femme en danger de mort au lieu de se croiser lâchement les bras pour la regarder mourir. Il a fait son devoir et il doit être acquitté.

Ce qui donne à ce procès une importance capitale, ce qui passionne ces débats, ce n'est pas seulement l'intérêt qui s'attache à la personne de cet infortuné. Hélas! pauvre docteur! Depuis cette date fatale du 11 septembre, il a passé par de telles angoisses, traversé tant d'épreuves, subi tant d'affronts et d'humiliations, il a tant souffert en un mot, que quel que soit votre jugement, son chagrin et sa ruine ne sauraient être plus complets. Malheureux et pauvre autrefois, il est aujourd'hui plus malheureux et plus pauvre encore, car à la pauvreté ancienne est venue s'ajouter la ruine de ses espérances et la perte irrémédiable de son avenir.

Si quelque chose, toutefois, peut le consoler et le soutenir, c'est d'abord le sentiment de sa complète innocence, ce sont ensuite les amitiés si dévouées, les sympathies si ardentes qui sont venues spontanément à lui et qui l'ont accompagné jusqu'à cette audience.

Admirable exemple de solidarité et de confraternité que le corps médical tout entier donne au monde des carrières libérales!

Citerai-je, au hasard, la Société médicale du XVII^e arrondissement, qui dans un ordre du jour énergique, proteste contre l'atteinte portée, en la personne du D^r Laporte, à la liberté professionnelle du médecin; la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris; le syndicat des médecins de la Seine; la commission administrative de la Société centrale des médecins de France, au nom de ses quatre mille adhérents, venant nous apporter leurs véhémentes protestations?

Rappellerai-je les noms de M. Seignette, des docteurs Lutaud, Ducor, Paul Laffitte, Berthod, de l'éminent professeur Pinard que vous avez vus défiler à votre barre pour donner en faveur de Laporte les témoignages les plus précieux d'estime et de sympathie?

A eux tous, à ceux-là surtout que je ne puis nommer faute de temps, à tous les amis connus et inconnus, l'avocat du D^r Laporte adresse tout

d'abord, au nom du malheureux qu'il défend, ses remerciements sincères et émus ; mais je veux plus spécialement dire ma profonde gratitude au maître éminent, au professeur respecté et écouté de tous, à M. le D^r Pinard qui n'a pas craint de venir, à cette audience, affronter les sarcasmes immérités du ministère public pour défendre la cause d'un confrère malheureux et innocent.

Grâce à lui, grâce à eux, l'opinion publique un instant égarée s'est ressaisie : faisant justice des fables répandues, elle a pris parti tout entière en faveur de ce malheureux que tous, au début, accablaient sous le poids d'une réprobation imméritée.

Et vous, Messieurs, vous que des esprits chagrins et mal informés accusent à tort de vous laisser parfois dicter vos rigueurs par cette voix toute-puissante de l'opinion publique, écoutez-la ; je vous le demande aujourd'hui. Laissez monter jusqu'à vous l'écho vibrant de ces clameurs et de ces protestations qui crient : « acquittement ! » et ouvrez vos cœurs à un sentiment qui n'est pas celui de la compassion ni de la miséricorde, mais celui de la justice, de la vérité et aussi, disons-le, de l'intérêt social.

Vous l'avez, en effet, compris : ce n'est pas ici seulement le procès d'un homme, d'un médecin, c'est le procès du médecin et de la médecine que M. l'avocat de la République a voulu faire.

L'avenir du corps médical tout entier est en cause. Pour la première fois depuis longtemps, et dans une espèce décisive et saisissante, vous allez avoir à dire jusqu'où va la responsabilité pénale du médecin, où s'arrête le droit d'investigation de la justice, où commence le domaine exclusif de la science — lieu d'asile sacré et inviolable, dans lequel le magistrat ne doit point pénétrer.

Le jugement que vous allez rendre, dans les grandes villes comme dans les campagnes les plus reculées, dans les centres importants comme dans les plus humbles hameaux, aux quatre coins de la France, le médecin l'attend, prêt à modifier sa manière d'être et à se dérober, s'il le faut, par l'abstention, au péril de poursuites correctionnelles et d'arrestations déshonorantes.

Ainsi, la santé publique se trouve directement en cause. Malades et médecins attendent, anxieux et troublés, inquiets de nos paroles, guettant votre décision ; et devant le cadavre de madame Fresquet, si souvent évoqué à cette audience, il me semble que la Mort elle-même nous écoute — attentive à ces débats qui l'intéressent !

Eh bien, ce débat, il faut tout d'abord le préciser en posant nettement la question de droit. Je prétends ensuite, avec toutes les pièces du dossier, avec toutes les circonstances de l'affaire, répondant à toutes les objections, examinant toutes les hypothèses, vous démontrer que le docteur Laporte ne peut pas être condamné. Je veux, avec toute mon énergie, faire éclater ici l'innocence absolue de cet homme. Cette innocence, je la vois, je la sens, et je veux qu'à votre tour, vous en soyez pénétrés et convaincus.

Sans avoir l'intention de vous faire un cours de droit, après tant de cours de médecine, je tiens à bien préciser tout d'abord, et en quelques mots, quels sont les éléments constitutifs du délit d'homicide par imprudence, notamment dans le cas spécial du médecin.

L'article 319 du Code pénal, modifiant les dispositions de l'ancien droit

qui ne prononçait en pareille matière qu'une peine dite *satisfactoire*, équivalente à des dommages-intérêts, et reproduisant au contraire presque textuellement l'article 2 du titre 2 du Code de 1791, édicta des peines correctionnelles d'emprisonnement, mais en imposant aux magistrats chargés de son application deux règles strictes et impérieuses. La première, c'est qu'il faut établir à la charge du prévenu la *faute lourde*; la seconde, c'est que cette *faute lourde* ne peut être constituée que par l'une des cinq circonstances énumérées en l'article 319 : *maladresse, imprudence, inattention, négligence, inobservation des règlements*. Cet article 319 n'est donc en réalité que la traduction limitative en langue pénale des articles 1382 et 1383 du Code civil. Il en résulte que dans tous les cas où la jurisprudence a décidé qu'il n'y avait pas lieu à responsabilité civile, nous pourrions en conclure par *a fortiori* que l'article 319 du Code pénal est inapplicable.

Mais, que faut-il entendre par ces termes élastiques : *maladresse, imprudence, inattention, négligence, inobservation des règlements* ?

Ces circonstances n'ont pas été expliquées et précisées par le législateur qui en a laissé l'appréciation souveraine au magistrat. C'est peut-être là une lacune de la loi, car cette appréciation est toujours délicate. Il est, le plus souvent, très difficile de reconstituer un événement passé, de se le représenter avec toutes les circonstances qui l'ont accompagné, précédé ou suivi, de revivre toutes les impressions éprouvées, d'estimer ce qu'il fallait faire ou ne pas faire, ce qui était imprudence ou sagesse, et de condamner après coup, de sang-froid, une manière d'agir que ceux-là même qui la condamnent auraient peut-être imitée en semblable occurrence.

Déjà s'impose donc une première et extrême réserve.

Mais cette appréciation devient encore plus délicate, quand elle se complique d'une question professionnelle, d'une question scientifique, quand il s'agit de juger, comme ici, la conduite d'un médecin dans l'exercice de sa profession. Alors, le bon sens ne suffit plus pour guider le juge. La justice voulant pénétrer dans le domaine de la science, risque forcément de tomber dans l'incertain et dans l'arbitraire.

Je ne parle pas, bien entendu, des responsabilités que le médecin encourt, non pas comme médecin, mais comme homme : par exemple, le chirurgien ou le médecin opérant en état d'ivresse, le médecin se trompant en écrivant une ordonnance et inscrivant par légèreté un remède à la place d'un autre ou une dose à la place d'une autre.

Dans ces diverses hypothèses, pas de question scientifique; c'est l'homme qui a commis une faute. Il en est responsable comme homme; et ici, nous nous rallions absolument au principe rappelé par M. le Président au début de son interrogatoire : l'égalité de tous devant la loi pénale. Il est certain qu'en matière d'homicide par imprudence, comme en tout autre, nul citoyen, nulle profession n'a le privilège de l'impunité. Le diplôme n'est pas un brevet d'infailibilité et d'immunité devant la justice.

Ce que nous demandons, ce n'est pas que le médecin soit placé au-dessus des lois; mais nous ne voulons pas non plus qu'il soit mis hors la loi.

Cette théorie s'est affirmée dans plusieurs espèces où le médecin agissant, cette fois, comme médecin, a été jugé punissable même dans l'exercice de son art à raison de son ignorance absolue des règles les plus élémentaires de sa profession, à raison de sa négligence grave ou de son imprudence

inexcusable constituant la faute lourde de l'article 319. Malgré l'opposition d'Orfila et de l'Académie de médecine, il y a plus d'un demi-siècle, cette opinion, admise par Favart de Langlade et consacrée par plusieurs jugements, est aujourd'hui généralement admise.

Nous ne voulons ni la discuter ni la combattre.

Mais, il faut bien admettre également qu'à côté de la pratique élémentaire de la médecine, que chacun peut contrôler et vérifier et qui en constitue, pour ainsi dire, la partie mécanique et terre à terre, il est un domaine purement scientifique, peuplé d'innovations, de découvertes géniales et aussi d'initiatives hardies, d'audaces généreuses et fécondes suggérées par le danger et l'heure pressante. Ce domaine, les investigations de la justice ne peuvent pas et ne doivent pas y pénétrer.

Là, en effet, les règles communes, les sentiers battus de la routine, ne peuvent pas guider les recherches. Le médecin, dans la lutte désespérée contre la mort, faisant arme de tout, comme il peut et comme il croit, a le droit de ne s'inspirer que de sa conscience et de son savoir.

Cet autre principe, aussi nécessaire, aussi impérieux que le précédent, a été affirmé à plusieurs reprises par la Cour suprême et, laissant de côté la jurisprudence de Sganarelle dont M. l'avocat de la République voulait bien nous récréer hier, c'est dans un arrêt de la Cour de cassation, défavorable aux médecins que nous allons rechercher et trouver, nettement établies, les limites de la responsabilité médicale.

Voici quelle était l'espèce. Il la faut préciser pour faire comprendre toute l'importance des paroles prononcées au cours des débats par M. le Procureur général Dupin et confirmées par la décision de la Cour suprême.

En 1832, un docteur médecin d'Évreux, M. Thouret-Nouroy, appelé auprès d'un malade, le sieur Guignes, crut devoir pratiquer sur lui l'opération considérée à cette époque encore comme constituant avec la diète et l'émétique la panacée universelle : il le saigna. Mais la saignée fut faite si maladroitement qu'il piqua une artère au lieu d'une veine. Quelques jours après, une tumeur se formait à la saignée du bras ; bientôt la gangrène se mit dans la plaie et l'amputation devint nécessaire. Aussitôt rétabli, le sieur Guignes assigna devant le tribunal *civil* d'Évreux son médecin qu'à aucun moment le parquet d'alors ne songea à traduire devant le tribunal correctionnel pour blessures par imprudence.

À la date du 17 décembre 1838, le tribunal civil d'Évreux condamnait le médecin à une indemnité fixe et au paiement d'une rente viagère, se basant sur ce qu'il résultait de l'enquête que : 1^o Le Dr Thouret-Nouroy, commettant une erreur grossière, avait ouvert une artère au lieu d'une veine ; 2^o Qu'ayant reconnu sur-le-champ son erreur, à la couleur du sang, il n'avait cherché qu'à dissimuler sa faute au lieu d'en atténuer les conséquences ; 3^o Qu'enfin, requis par son malade de venir le soigner à la suite des complications graves résultant de son erreur, il s'y était obstinément refusé.

La Cour de Rouen, saisie de l'affaire, confirma le jugement du tribunal d'Évreux, faisant également résulter la responsabilité du médecin de cette triple circonstance, qu'il avait commis une erreur grossière en prenant l'artère pour la veine, que s'étant aperçu de cette erreur à la manière dont le sang brouait ou brouissait il n'avait cherché qu'à la dissimuler au lieu de porter secours au malade, qu'il avait enfin abandonné son client bien que requis par lui de lui continuer ses soins et ses visites.

Notons ici, d'un mot, les différences capitales qui distinguent cette affaire, objet d'une simple demande de dommages-intérêts, de la poursuite actuelle en police correctionnelle.

D'un côté, une des opérations les plus simples et les plus habituelles de la médecine ancienne, la saignée, manquée par suite d'une confusion dénotant une ignorance impardonnable des règles de la médecine. De l'autre, au contraire, une des opérations les plus graves et les plus délicates, la *craniotomie*, pratiquée d'urgence, la nuit, avec des instruments plus que rudimentaires, alors qu'elle était impérieusement indiquée par les circonstances.

Dans l'espèce de la poursuite civile, la dissimulation certaine et voulue de l'accident causé par la faute de l'opérateur ; dans l'espèce de la poursuite correctionnelle, la croyance absolue du médecin dans la réussite de l'opération.

Enfin, dans le premier cas, refus formel de l'opérateur de continuer ses soins bien que requis ; dans le deuxième cas, nul grief de ce genre à la charge du Dr Laporte.

Ces différences capitales des deux espèces suffisent à démontrer qu'aucune assimilation ne saurait être faite entre elles et que la condamnation, uniquement civile, de la première ne saurait même s'appliquer à la nôtre. Aussi, ne l'avons-nous soigneusement relevée que pour mettre en lumière les paroles prononcées à cette occasion sur le principe même de la poursuite par l'un des chefs de la magistrature, Dupin, alors procureur général à la Cour de cassation, autorité incontestable autant par sa science de jurisconsulte que par l'impeccable rectitude de son jugement.

Voici en quels termes précis et formels il délimitait, devant la Cour suprême, le domaine médical échappant aux investigations de la justice : « Mais qui songe à imposer aux médecins, ou à toute autre profession scientifique quelconque une telle responsabilité ? Dans les questions de ce genre, il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, adresse ou malhabileté à l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel autre procédé, elle n'aurait pas mieux réussi.

« Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni tomber sous l'examen des tribunaux » (S. 1835, 1, 407).

Est-ce assez net, assez précis, et ces paroles, prononcées avec l'autorité du talent et de l'expérience, ne vous indiquent-elles pas la solution qui s'impose ici ?

Aussi, la Cour suprême, adoptant cette manière de voir, s'attachait-elle, dans son arrêt confirmatif, à ne relever que la faute de l'homme, la négligence grave, résultant de l'abandon volontaire du malade par le médecin refusant de lui continuer ses soins et de le visiter lorsqu'il en était par lui requis. La Cour eut bien soin d'écarter du débat tout ce qui touchait à la question scientifique.

Depuis, la première chambre du Tribunal de la Seine, après beaucoup d'autres tribunaux, a, dans un jugement en date du 22 janvier 1889 (*Gaz. Pal.*, 89, 1, 336. Présidence de M. Thureau), confirmé de tous points cette doc-

trine, en décidant « qu'il n'appartient pas aux tribunaux de trancher les « questions d'ordre scientifique, d'appréciation et de pratique médicale ». Ces questions techniques échappent à leur compétence.

Voilà, messieurs, les véritables principes juridiques en la matière qui nous occupe; et les textes que nous invoquons, bien que n'étant pas empruntés au droit Romain ou à Molière, comme ceux dont se réclame M. l'avocat de la République, n'en sont pas moins décisifs et inattaquables.

Appliquons donc maintenant ces principes tutélaires à l'affaire actuelle et voyons si, en dehors d'une faute lourde que l'on ne peut découvrir ici, l'accusation n'est pas forcée de se réfugier sur le terrain scientifique qui lui est interdit, et de baser uniquement sa poursuite sur la malhabileté présumée de l'opérateur en cours d'opération.

Mais, tout d'abord, puisque les accusations d'ignorance et de maladresse ont été si fréquemment lancées au Dr Laporte, il est nécessaire de vous le faire connaître exactement, surtout au point de vue professionnel.

Il appartient à une excellente famille. Son frère, soldat d'avant-garde de la civilisation, occupe au Tonkin une situation importante; plusieurs de ses proches parents ont rempli de hautes fonctions administratives. Je ne cite qu'en passant ces parentés flatteuses, non pas que ceux dont je parle renient l'accusé d'aujourd'hui, mais parce que le Dr Laporte est de ceux qui n'ont pas besoin d'abriter leur honneur derrière l'honneur de leurs proches.

Reçu docteur de la Faculté de Paris, après avoir été externe des hôpitaux, il s'efforce de se créer une situation, il s'embarque comme médecin à bord des paquebots transatlantiques: il y reste dix-huit mois. Puis, désireux de se faire une clientèle auprès de sa famille, il rentre à Paris et s'installe d'abord, avec sa mère, avenue de Wagram. Il va ensuite s'établir rue Joffroy. Mais dans ces quartiers riches, la clientèle est lente, sinon impossible à se faire pour un jeune médecin inconnu.

Comprenant alors que, pour arriver, le médecin comme le militaire, doit rechercher le poste de combat, c'est à Charonne, parmi les populations pauvres, là où la concurrence est moins âpre, mais aussi la vie moins coûteuse, qu'il va, employant ses dernières ressources, désireux avant tout de cesser d'être à charge aux siens, s'installer dans le modeste, pour ne pas dire misérable logement, au loyer de 340 francs par an.

Tous ceux qui le connaissent, tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre le désignent comme un travailleur, un chercheur, mais aussi comme un timide. Les quelques opérations qu'il a faites lui ont valu les éloges, à la fois, des malades et des confrères qu'il remplaçait; vous en avez entendu hier l'écho à cette barre.

Il a pris le titre de médecin-accoucheur et vous lui en faites un grief, Monsieur l'avocat de la République. Pourquoi donc? Ne connaît-il pas fort bien ces matières spéciales? Vos médecins légistes eux-mêmes sont unanimes à reconnaître qu'il s'est rigoureusement conformé aux règles de l'art au cours de l'accouchement si laborieux de la dame Fresquet. Enfin, le maître par excellence en la matière, le docteur Pinard, ne vous a-t-il pas déclaré hier que le Dr Laporte, non seulement avait merveilleusement raisonné la série des opérations à faire, mais encore qu'il avait fait preuve d'une adresse vraiment remarquable en pratiquant une triple application de forceps sans causer aucune lésion aux organes si sensibles et si susceptibles de la femme en travail d'accouchement.

Il avait donc tous les droits de prendre ce titre de médecin-accoucheur que vous lui contestez, sous prétexte qu'il n'avait encore pratiqué que deux accouchements. Combien donc en exigez-vous ? Est-ce que l'avocat avant sa première cause, le substitut qui n'a pas encore requis, le juge d'instruction qui n'a jamais instruit aucune affaire, ne s'intitulent pas avocat, substitut, juge d'instruction ? Et tous ceux-là manquent-ils donc de conscience professionnelle en usant d'un droit que vous contestez aux médecins avant une longue pratique ?

Hélas ! ce titre ne suffit pas pour attirer le client, et assurer le pain quotidien ; et le Dr Laporte, comme tant d'autres, ne tarda pas à connaître les déboires des carrières libérales. Que de jeunes gens qui, à l'exemple du frère du Dr Laporte, trouveraient aux colonies la vie large et l'avenir assuré, viennent ici, faute d'initiative et de hardiesse, échouer misérablement dans des carrières sans issue, murées par l'encombrement des postulants et des affamés.

Dans ce quartier riche de la plaine Monceau, où Laporte, pauvre et inconnu, a fait ses débuts, appelé parfois pour remplacer un grand confrère, auprès de quelque malade opulent, dans un appartement luxueux, ne ressemble-t-il pas, comme l'a dit un éminent chroniqueur, Jules Claretie, au médecin hâve et pâle de Willette qui prescrit à son riche malade des huîtres et du vin de Bordeaux alors qu'il n'a pas, lui, mangé depuis la veille.

Aussi, dans le cabinet de consultations désert, le médecin attend inutilement le client qui ne vient pas ; dévoré par cette vaine attente, découragé, démoralisé et pourtant astreint à conserver les dehors de l'aisance, il promène sa misère en redingote plus affreuse que la misère en haillons, le cœur ulcéré, rêvant encore cependant parfois de la renommée, dispensatrice de gloire et de fortune..... Un jour, enfin, il la voit apparaître à ses yeux... Hélas ! Ce n'est pas la fée du bonheur si longtemps attendue, c'est la géolière inflexible lui ouvrant les portes de Mazas.

Ne pouvant travailler uniquement à soigner les malades, il écrit, il fait de la chimie, il tâche d'augmenter ses connaissances scientifiques. Savez-vous ce que l'on pense, dans le voisinage, de ses travaux ? Savez-vous comment les renseignements de police apprécient cette conduite du travailleur qui cherche dans l'étude seule l'oubli de ses déboires ? Écoutez ces quelques lignes du dernier rapport de police fourni sur le Dr Laporte :

« Laporte travaillait beaucoup chez lui, soit à écrire, soit à faire de la « chimie, on le considérait déjà comme un déséquilibré. »

Pour gagner quelque argent, il s'était fait inscrire comme médecin de nuit à l'Assistance publique, c'est-à-dire que, pour la somme modique et invariable de 10 francs ou de 20 francs en cas d'opération, il acceptait d'être toute la nuit à la disposition des malades du quartier, de rester s'il le fallait des heures entières au chevet de l'un d'entre eux. C'est ainsi que la veille même du jour où il fut appelé chez la dame Fresquet, le vendredi 10 septembre, il avait veillé une partie de la nuit, il était rentré au matin brisé de fatigue, sans argent pour se procurer la nourriture indispensable et forcé de se contenter de café pour tout aliment.

Voilà dans quelles conditions il allait affronter la nuit fatale pour lui du samedi 11 septembre 1897 et tenter l'accouchement au forceps de la dame Fresquet.

Cet accouchement s'annonçait mal. Quand le Dr Laporte arriva auprès de la malade, le samedi vers 11 heures et demie du soir, il recueillit de la sage-femme des indications sur les phases et la durée du travail. La dame Fresquet avait déjà eu cinq enfants, toutes ses précédentes couches avaient été très difficiles, nécessitant déjà quatre applications de forceps.

Le vendredi 10 septembre, M^{me} Fresquet avait été prise à nouveau des douleurs de l'enfantement. M^{lle} Maîtreperrière, une toute jeune sage-femme, appelée près d'elle déclara qu'il n'y avait rien de pressé et partit. C'est alors que nous allons voir se multiplier les imprudences jusqu'au moment où le Dr Laporte va franchir le seuil de la maison ; car, dans cette affaire, où seul il est poursuivi, les responsabilités les plus graves pèsent tour à tour sur différentes personnes qui sont venues ici déposer comme témoins.

La sage-femme, revenue dans la matinée du samedi 11 septembre, a constaté seulement que les douleurs avaient cessé. Personne ne l'ayant fait appeler, elle n'est revenue que le soir vers 8 heures. Or, la poche des eaux s'était rompue dans l'après-midi, avertissement infaillible de la prévoyante Nature pour annoncer l'approche de la délivrance.

Pourquoi M. Fresquet n'a-t-il pas envoyé chercher M^{lle} Maîtreperrière ? Première imprudence, premier retard également déplorables !

Si à ce moment la sage-femme avait été près de la dame Fresquet, si reconnaissant la position défectueuse de l'enfant elle avait pu, de suite, envoyer chercher un médecin, peut-être toutes les complications eussent-elles été évitées. En tous cas, on aurait pu, de sang-froid, à loisir, prendre un parti au lieu de se trouver acculés à une situation désespérée.

Ce n'est donc qu'à 8 heures du soir que M^{lle} Maîtreperrière, mandée en toute hâte, reconnaît les symptômes alarmants et demande le concours d'un médecin. Mais le mari lui fait remarquer que pour avoir droit au médecin de nuit, gratuit, il faut attendre 10 heures du soir. C'est ainsi, Messieurs, en dépit des étonnements que l'on peut manifester... Dans Paris, en plein dix-neuvième siècle, pour pouvoir se faire soigner et mourir *gratis* il faut attendre que l'heure fixée par l'administration ait sonné au cadran municipal !

La sage-femme, acceptant la responsabilité des complications qui peuvent survenir pendant ces deux heures, consent à attendre, tout ce laps de temps, le médecin qu'elle a le devoir d'exiger. Et le mari, lui, qui peut juger par les accouchements antérieurs de sa femme, du danger qu'elle court, il attend, il hésite à sacrifier les cinq francs qu'il a sur lui — l'instruction l'a révélé — pour payer la visite d'un médecin, s'exposant ainsi sciemment, par un retard irréparable, à compromettre l'existence de la mère de famille. La voilà la deuxième et terrible imprudence !

Ce n'est qu'à 11 heures et demie du soir, c'est-à-dire 3 heures et demie après que la sage-femme avait jugé sa présence indispensable, que le Dr Laporte a pu examiner la dame Fresquet. Il est arrivé muni uniquement de son forceps ; il affirme que l'agent envoyé du commissariat ne lui a parlé que d'une application de forceps. Il demande, si le tribunal conserve un doute à ce sujet, que l'agent soit cité et entendu. Du reste, la sage-femme n'avait-elle pas dit devant Fresquet qu'il s'agissait d'une simple application de forceps ?

Relativement au forceps lui-même, nous sommes frappés des erreurs grossières et des contradictions flagrantes des témoins. L'un, s'il faut en croire u

rapport de la sûreté, aurait soutenu que ce forceps était de trop petite taille pour amener un bon résultat ; un autre, la dame Houbert, a affirmé que la vis ne fonctionnait pas ; plusieurs enfin ont prétendu qu'il n'avait pas été aseptisé. Or, il est maintenant acquis aux débats que ce forceps était un forceps Levret en excellent état et qu'il avait été trempé dans l'eau bouillante par la sage-femme elle-même.

Retenons ces contradictions des témoins comme gage du crédit qu'il faut leur accorder.

Voilà donc le D^r Laporte dans une mansarde, au chevet de cette malheureuse femme dont l'état a empiré par degrés et qu'il examine à grand'peine, à la lueur fumeuse d'une chandelle, sous les regards curieux et malveillants des commères du voisinage, venues là, sous prétexte d'obligeance, se repaître des souffrances et des cris de la malade. De suite le docteur a vu que la situation était des plus graves.

Aussi, se conformant aux prescriptions de la prudence la plus élémentaire, commence-t-il par faire sortir tous ces témoins gênants, toutes ces commères encombrantes, qui n'ont rien à faire auprès de M^{me} Fresquet. Sage précaution pour la malade, déplorable résolution pour le docteur ! Ces spectatrices déçues vont s'embusquer derrière la porte entr'ouverte, furieuses de leur déconvenue, et, se transformant en espionnes et en ennemies, critiquer tous les gestes, tous les actes de l'opérateur.

Après avoir pris le soin de faire endormir la dame Fresquet, Laporte, coup sur coup a tenté trois applications de forceps. Aux critiques ridicules faites sur ce point par les témoins, critiques sans intérêt d'ailleurs, la dame Fresquet n'ayant pas succombé à l'application du forceps, il suffit d'opposer la déclaration très nette et très précise du professeur Pinard qui vous a dit que, pour réussir, à faire trois applications de forceps, sans léser les organes particulièrement sensibles de la femme en travail d'accouchement, il fallait un soin, une adresse rare dignes d'un chirurgien blanchi sous le harnois obstétrical, — telle a été son expression qui clôt la discussion sur ce point.

Les trois applications de forceps ont été inopérantes. Dès lors, la situation devenait critique ; la malade s'épuisait ; elle souffrait déjà depuis quarante-huit heures et le rétrécissement du bassin rendait l'accouchement impossible. Enfin le cordon était flasque et procident, donc l'enfant était mort. Ce fait également certain nous permet de relever de nouveau une contradiction absolue entre les témoins et la sage-femme.

Le sieur Fresquet et la dame Houbert ont affirmé que l'enfant n'était pas mort au moment où Laporte a pratiqué la craniotomie et que la sage-femme entendait encore les battements du cœur. M^{lle} Maîtreperre, interrogée sur ce point spécial, a affirmé que l'on n'entendait plus les battements du cœur et que l'enfant était mort. Nous aurons à nous demander tout à l'heure si ces gens qui entendent et qui voient si mal, devront avoir créance devant la justice quand ils décriront par le détail les gestes de l'opérateur.

Que devait faire à ce moment le D^r Laporte ?

Il avait à choisir entre trois partis : ou bien s'en aller, laisser la nature faire son œuvre qui aurait été une œuvre de mort, mais que jamais personne n'eût songé à lui imputer.

C'était une lâcheté, ce n'était pas un délit !

... Ou bien continuer à agir avec le forceps, malgré trois quarts d'heure

d'efforts inutiles, briser toute résistance, arracher l'enfant, déchirer le corps de la mère, faire œuvre de brute en tuant certainement mais impunément sa malade.

... Ou enfin rester et faire son devoir, risquer une opération grave que ses souvenirs d'école lui indiquaient comme nécessaire, urgente, indispensable ; la tenter malgré les conditions défavorables, malgré le défaut d'aides utiles et d'instruments spéciaux ; la faire seul, sur-le-champ, la nuit, dans la mansarde obscure... cela c'était le devoir d'accord avec la conscience et la science professionnelle.

Voilà le parti qu'il a choisi : comme récompense il a obtenu la police correctionnelle.

Malheureux ! qu'avez-vous fait ? Il fallait partir, laisser tranquillement mourir cette malade gênante ; vous aviez gagné vos vingt francs, vous ne pouviez prétendre à rien de plus. Quant à la renommée, vous savez bien qu'elle ne vient pas vous chercher dans les mansardes des pauvres. Donc, aucun profit pour vous. Écoutez donc le langage de la lâcheté et de la pusillanimité : l'honneur professionnel n'est rien, l'intérêt personnel est tout, fuyez ce logis fatal qui va être pour vous l'antichambre de Mazas.

Vous aviez un autre parti à prendre, vous dit l'accusation : Il fallait faire transporter la malade à l'hôpital ou, si vous vous décidiez à opérer, solliciter et attendre le concours d'un autre médecin.

Transporter la malade à l'hôpital ! Est-il raisonnable de donner un semblable conseil dans une situation aussi désespérée ? Comment ! M^{me} Fresquet en est arrivée au dernier degré de l'épuisement, trois applications de forceps ont été inutiles, un dénouement fatal approche, et c'est alors que le Dr Laporte, outrepassant les volontés de la malade qui, à la sage-femme d'abord, à lui médecin ensuite, avait révélé toute son horreur instinctive et irraisonnée de femme du peuple pour l'hôpital, c'est alors qu'il aurait dû, dites-vous, l'exposer au supplice du brancard, à l'attente prolongée et peut-être inutile de l'ambulance urbaine, en un mot au décès obligatoire sur la voie publique.

De plus, M^{me} Fresquet est endormie ; elle peut se réveiller à tout instant. Et quel avantage retirer de cet odieux abus de pouvoir ? Obtenir pour M^{me} Fresquet le concours des maîtres de l'art ? Allons donc ! Il est une heure du matin, les maîtres sont absents. Seul, un interne, peut-être, et une sage-femme veillent, plus inexpérimentés encore que le Dr Laporte. En attendant l'arrivée des chefs de service, il se borneront nécessairement à ces soins insignifiants, à ces remèdes provisoires qui, du reste, ont été les seuls appliqués à la malade, quand le lendemain le Dr Ballouet a cru devoir l'envoyer à l'hôpital. Donc, l'abandon, l'inertie, le réveil dans ce lieu détesté ; voilà les seules compensations que lui procurera cette mesure dangereuse et inhumaine.

Le Dr Laporte se contentera-t-il d'attendre l'arrivée d'un confrère plus expérimenté ? Qui demander ? A quel titre ? Combien attendre ? Quel est le médecin qui, sachant que le confrère désigné par l'Assistance publique est auprès d'une malade, consentira à aller le doubler ou plutôt à se substituer à lui ? C'est son service, qu'il le fasse !

L'Assistance publique met à la disposition des indigents un médecin et non pas deux. Si ce médecin se sent impuissant, il a la ressource de l'hôpital

et voilà tout ; mais l'hôpital, dans la pensée du Dr Laporte, c'est la mort certaine pour la dame Fresquet. L'opération immédiate peut être le salut. Cette opération, excessivement rare, bien qu'il ne l'ait encore pratiquée que sur le mannequin ou sur des fœtus morts, il la connaît, il peut, il doit l'essayer. Il est seul juge de l'opportunité de l'opération ; il agit dans la plénitude de son droit et de son initiative de médecin. Lui seul a vu la malade à cette heure précise, lui seul a pu juger de la gravité de son état. A cette minute décisive, qu'aucune puissance humaine ne peut faire revivre, Laporte, Laporte seul, a pu et dû apprécier où, quand et comment il fallait agir.

L'homme du devoir qu'il est, n'hésite pas, il opère sur-le-champ ; qu'on lui en fasse un grief si on l'ose !

Que dire encore ? qu'il n'a pas l'instrument classique ? qu'il s'est servi d'outils plus que rudimentaires ? C'était son droit ; les experts le déclarent, tous les auteurs l'affirment. « Si vous vous trouvez, disait le professeur Pajot, en présence d'une femme chez laquelle vous avez épuisé toutes les ressources de l'art, chez laquelle le moindre retard dans la délivrance peut occasionner la mort, n'hésitez pas, sacrifiez l'enfant et comme, neuf fois sur dix, vous n'aurez pas à votre disposition les instruments nécessaires, prenez n'importe quoi, prenez, si vous voulez, un tisonnier que vous affilerez sur un pot de grès. »

Dernièrement encore, au Congrès de Gynécologie de 1896, le professeur Tarnier s'écriait dans une éloquente improvisation : « Ai-je besoin de dire que c'est un tamponnement antiseptique qu'il faut faire quand on peut ? « Non n'est-ce pas ? Mais je me suis contenté, dans un cas d'urgence, d'une demi-douzaine de mouchoirs pris dans l'armoire à glace de ma patiente, et que, sans même les déplier, j'ai introduits dans le vagin. »

Citerai-je enfin le grand Trousseau faisant pour la première fois l'opération de la trachéotomie, sans avoir aucun instrument sous la main, entendant la respiration siffler et s'arrêter dans la gorge de son petit malade et saisissant, sans même l'essuyer, un couteau de cuisine pour ouvrir la trachée et permettre à l'air de pénétrer, glissant en guise de canule un tuyau de plomb arraché à l'appareil à gaz ?

La voilà, l'initiative médicale, dans toute sa géniale simplicité ! Si l'opérateur réussit vous en faites un grand homme ; s'il échoue, vous le traînez à Mazas, oubliant que, dans les destinées humaines, le hasard, éternel dispensateur des victoires et des défaites, a seul droit à la louange ou à l'opprobre.

D'ailleurs ici, à propos de ce défaut d'instrument, une réflexion ne s'impose-t-elle pas, au point de vue de l'organisation du service médical de nuit ? Comment l'Assistance publique, qui délègue les jeunes médecins pour ce pénible service, qui sait à merveille que pas un ne possède les instruments excessivement chers qui seraient nécessaires, n'a-t-elle pas l'idée de mettre à leur disposition, soit au poste de police, soit au commissariat, une trousse toute prête, contenant tous les instruments officiellement employés ? Pourquoi le sergent de ville qui vient chercher le médecin de nuit ne lui apporte-t-il pas en même temps cette trousse indispensable ?

Le Dr Laporte en est réduit à demander à Fresquet sa boîte d'outils. Son sang-froid l'abandonne-t-il, même à ce moment ? Nullement ! Il choisit

l'outil le plus approprié à l'opération. Et pourtant, quelle gêne, quelle hostilité autour de lui! Ces trois femmes, ces trois mégères, spectatrices abonnées des accouchements du quartier, il s'en est fait trois ennemies en les renvoyant comme c'était son droit, comme c'était son devoir. Heures de l'insuccès qui leur a permis de rentrer et, sous prétexte d'assistance, de se partager les membres de la patiente, elles guettent, après à la curée, allumées par le spectacle de la douleur, les moindres mouvements de l'opérateur. Elles ne peuvent se rendre compte de rien, elles ne peuvent apprécier ses mouvements; mais elles sont prêtes, dans la rancune de leur curiosité déçue, à le juger de parti pris et à lui reprocher tour à tour sa timidité et son audace. Si encore elles se contentaient, ainsi que Fresquet, de commenter et de médire! Mais non, une femme l'interpelle, lui reprochant sa brusquerie; le mari lui arrache l'outil qu'il a dans les mains, s'oppose à la réintroduction de l'aiguille; une autre femme se précipite pour lui enlever le ciseau et le marteau, et c'est dans ces conditions déplorables, au milieu de ces colloques, de ces invectives, de ces violences même, que le médecin est contraint d'opérer.

Lui qui, la veille, n'a ni mangé à sa faim, ni dormi son comptant, qui se trouve à deux heures du matin obligé de faire à la hâte, mal éclairé, mal assisté, mal outillé, une opération des plus graves et des plus délicates, vous lui faites un crime de ne pas l'avoir réussie, car c'est là toute votre accusation: le médecin, pensez-vous, est venu pour sauver la malade; elle est morte, donc il est coupable.

Raisonnement bien humain, tristement humain!

Dans notre peur de la mort, tous, nous tremblons de nous sentir toujours et sans cesse à sa merci. Nous en voulons à ceux-là qui, chargés de nous défendre contre elle, ne réussissent même pas à reculer ses atteintes. Dans notre orgueil insensé, nous n'admettons pas d'être sans cesse vaincus par l'implacable victorieuse et nos imprécations, qui ne peuvent l'atteindre, s'élèvent directement contre le médecin, dans une clameur de haine qui n'est que l'expression saisissante de la lâcheté et de l'orgueil humain.

Tel est, Messieurs, le mobile secret mais profondément vrai de la poursuite actuelle.

Et pourtant, par une cruelle ironie du sort, le Dr Laporte qui, huit jours plus tard allait être arrêté pour cette opération, put croire, — peut-être n'avait-il pas tort, — qu'il avait réussi et que son coup d'essai avait été un coup de maître.

C'est la première fois qu'il faisait une craniotomie, s'écrie le ministère public. Sans doute! singulier argument! ne faut-il pas toujours faire une chose pour la première fois? La craniotomie est une opération excessivement rare. Voulez-vous de la statistique? La nécessité s'en impose une fois sur 1,200 accouchements.

En l'espèce était-elle indispensable? C'est toute la question.

Pinard vous répond oui et Maygrier est sur ce point d'accord avec lui.

Laporte l'a dit et répété avec une conviction absolue: il croyait avoir réussi et la sage-femme elle-même semble avoir partagé cette croyance.

Comment en effet prévoir une catastrophe? L'accouchement a eu lieu après l'opération: pas d'hémorrhagie, pas de complications apparentes. Aussi Laporte jugeant son rôle terminé, veut-il partir. La sage-femme

demande d'opérer la délivrance dans la crainte d'une hémorrhagie. Il y consent. La femme est délivrée. Il fait à M^{le} Maître-pierre les recommandations utiles et il part. Personne n'est revenu ensuite le rappeler ou le requérir. Comme médecin de nuit il n'a pas à revenir voir M^{me} Fresquet.

Jusqu'au jour de son arrestation il a vécu dans la croyance du succès. Qui donc pourrait parler ici d'abandon de malade ou de refus de soins après l'opération ?

Telles ont été les diverses phases de cette opération pendant laquelle, à aucun moment, on ne peut relever contre le docteur Laporte la *faute lourde* imputable au fait de l'homme.

Que dire de l'opération elle-même et de la méthode opératoire.

Je n'en devrais pas parler : vous n'avez pas le droit d'en connaître. Il faut cependant répondre au cours d'accouchement de M. l'avocat de la République.

Le rapport des médecins experts Maygrier et Socquet, auquel il faut se reporter, fait tout d'abord justice des principaux griefs de l'accusation. Il constate en effet la gravité de l'état de la dame Fresquet à l'arrivée du D^r Laporte, la nécessité et l'urgence de l'opération à pratiquer, justifiant l'emploi de l'aiguille à matelas en guise de craniotome et il conclut en constatant que le D^r Laporte a observé les règles de l'art des accouchements en ce qui concerne les indications opératoires.

Son silence sur l'opportunité d'un transport de la malade à l'hôpital, ou sur la nécessité du concours d'un confrère pour pratiquer l'opération vient renforcer encore la réfutation victorieuse que nous avons faite de ces reproches dénués de tout fondement.

C'est uniquement à l'opérateur que les experts croient devoir adresser une double critique.

« Le D^r Laporte, disent-ils, devait aseptiser soigneusement l'instrument « avant de s'en servir, puis le guider avec la plus grande prudence sur ses « doigts profondément introduits dans les organes maternels afin d'éviter « de blesser ces organes. Or il ne paraît pas établi, d'après les renseignements fournis par le mari, la sage-femme et Laporte lui-même, que toutes « ces précautions aient été rigoureusement prises. »

Et ils concluent sur ce point que Laporte « en pratiquant la craniotomie n'a pas opéré avec la prudence et l'habileté désirables ».

Lisons avec TOUTE la prudence et l'habileté désirables, car la suppression de ce mot, effacé en deux endroits du rapport écrit tout entier par le D^r Maygrier, n'est qu'une concession évidente au D^r Socquet qui, dans une déposition précédente, avait formellement accusé Laporte d'*inobservation des règles de l'art*. Aujourd'hui M. Socquet doit reconnaître que Laporte a *observé toutes les règles de l'art*. La contradiction valait la peine d'être relevée.

Et le rapport se termine par ces mots : « Il a déterminé, en se servant, il « est vrai, d'un instrument défectueux une blessure involontaire qui a entraîné « la mort ».

Tels sont les trois points qu'il nous faut maintenant examiner et discuter pied à pied à l'aide des données scientifiques que tant d'illustres praticiens, comme les professeurs Pinard et Tarnier, le D^r Bar, le D^r Livet de Rochemont, ont bien voulu nous fournir soit par écrit, soit de vive voix et à cette barre.

Du défaut d'antisepsie ou plutôt d'asepsie je ne dirai qu'un mot, car M. l'avo-

cat de la République lui-même semble avoir abandonné ce chef d'accusation qui a été laissé absolument dans l'ombre au cours des débats. C'est que la péritonite à laquelle a succombé M^{me} Fresquet n'a pour cause, ni directement ni indirectement, le défaut d'asepsie de l'aiguille. Aseptisée ou non, si, comme le prétendent les experts, l'aiguille du Dr Laporte a atteint le péritoine, la péritonite se produisait de la même façon : l'infection provenant non pas de l'instrument, mais de ce liquide sanieux et fétide — de l'urine — qui remplissait les organes abdominaux de la parturiente.

Il est donc inutile de rappeler que Laporte affirme avoir trempé son aiguille dans l'eau bouillie ainsi que le forceps.

Comment peut-on d'ailleurs soulever devant un tribunal des questions qui lui sont si complètement étrangères ? Antiseptie, aseptie, ces mots se rapportent à des théories médicales que nous ne pouvons apprécier. Ce sont là des règles scientifiques, soumises à de perpétuelles variations, car la science ne vit que de transformations successives qui constituent le progrès et la marche en avant vers la Vérité. Peut-on poser en principe absolu l'usage de certaines pratiques qui n'étaient même pas admises par tous les savants ? Avez-vous jamais poursuivi le Dr Desprès, chirurgien des hôpitaux, pour avoir jusqu'à sa mort défendu le système du *pansement sale* ? N'y a-t-il point à l'heure actuelle une réaction contre les dangereux abus de l'antiseptie.

Je dirai simplement à l'accusation : ce point est à côté du débat, cette question est secondaire. Arrivons de suite aux deux seules qui nécessitent un examen approfondi.

Votre poursuite contre Laporte peut se traduire et se résumer ainsi : le Dr Laporte a été enfermé huit jours à Mazas et traduit en police correctionnelle parce qu'en pratiquant la craniotomie sur la femme Fresquet il s'est borné à entr'ouvrir avec les doigts de la main gauche l'orifice vulvaire de la parturiente au lieu de les introduire profondément dans le vagin.

C'est là la seule charge qui subsiste contre lui ; et le Dr Maygrier vous a déclaré très nettement que si la main gauche du Dr Laporte a été placée comme il l'indique, la perforation de la vessie ne pouvait être considérée que comme un accident et nullement comme le résultat d'une faute opératoire. Il s'est empressé d'ajouter que son opinion sur ce point, comme celle de son confrère, ne reposait que sur les dépositions des témoins.

Nous voici donc ramenés à examiner la véracité de ces singuliers témoins : M. Fresquet, M^{me} Houbert et les autres commères, que déjà à deux reprises, au cours de cette discussion, nous avons surpris racontant des faits inexacts, démentis soit par la sage-femme, soit par les médecins-experts.

Ici encore nous les trouvons en contradiction formelle d'abord avec le Dr Laporte, qui pour être un prévenu n'en dit pas moins la vérité, puis avec la sage-femme qui dit et répète « je crois, sans pouvoir l'affirmer, que quand il a introduit l'aiguille, il s'est servi du doigt indicateur pour la diriger ».

D'ailleurs, ces témoins, vous ne pouvez accepter leurs dépositions dans leur intégralité. Ils prétendent, ils affirment que Laporte ne s'est pas servi de la main gauche ; et devant l'in vraisemblance, l'impossibilité de cette allégation vous revenez vous-même à la déposition de la sage-femme.

Vous devez admettre tout au moins que la main gauche du docteur écartait l'orifice vulvaire de la parturiente. Mais M^{lle} Maitrepierre en dit plus encor :

elle croit que Laporte s'est servi du doigt indicateur pour guider son aiguille. Laporte l'affirme. N'avez-vous pas au moins un doute et ce doute, comme la loi vous le commande, ne doit-il pas bénéficier au prévenu ?

Si le doute ne vous suffit pas, vous avez mieux encore. Vous avez la déposition absolument formelle du professeur Pinard qui vous a démontré que la version des commères et notamment de la femme Houbert, prétendant que le Dr Laporte avait introduit l'aiguille à matelas « comme s'il la mettait dans un tas de sable » et sans se servir de la main gauche, était absolument inadmissible à raison de l'absence totale de lésions des organes génitaux.

Le Dr Socquet a en effet constaté à l'autopsie que la vulve, le vagin, les culs-de-sac étaient *intacts*.

Aussi j'enferme l'accusation dans un dilemme infranchissable : ou bien le Dr Laporte s'est servi de la main gauche pour guider l'aiguille, et les dépositions des commères sont fausses, ou bien le Dr Laporte ne s'est pas servi du doigt indicateur, et alors il n'a pu pénétrer jusqu'à la vessie, les autres organes étant parfaitement intacts.

Il ne serait donc pas l'auteur des perforations constatées.

Et nous arrivons ainsi victorieusement à la thèse si nette, si intéressante qui nous a été développée hier de si brillante façon par l'éminent professeur Pinard.

Rien ne prouve, a-t-il dit, que le Dr Laporte soit l'auteur de la double perforation de la vessie qui a entraîné la mort de la dame Fresquet. Il est beaucoup plus vraisemblable que cette perforation s'est produite spontanément au cours de l'accouchement, ou qu'elle a été déterminée par une arête osseuse du bassin au cours du travail si long et si pénible qui a précédé l'opération.

Il n'y avait pas d'arête osseuse, dit M. Socquet. Je lui réponds : prouvez-le nous en nous montrant le bassin. Cette preuve est impossible ; le bassin n'a pas été conservé.

Cette opinion d'un maître, je n'ai, ni personne ici, à la commenter et à la juger, mais il en résulte avant tout un doute nouveau, un doute irrésistible. Non seulement vous ne pouvez pas établir que le Dr Laporte n'a pas opéré avec toute la prudence et l'habileté désirables, mais vous ne pouvez même pas affirmer qu'il soit l'auteur des perforations qui ont entraîné la mort de la dame Fresquet.

La déposition du professeur Pinard gêne l'accusation, je le conçois. Aussi cherche-t-on à l'écarter dédaigneusement en lui disant : « Vous n'avez pas vu les pièces. Vous raisonnez sur des hypothèses. »

Je réponds : « Montrez ces pièces ; elles existent. Elles ont été conservées, sauf le bassin qui a été oublié. Je vous demande d'ordonner une contre-expertise, si vous n'êtes pas encore convaincus. Vous ne pouvez en tous cas la refuser. La raison et la justice vous commandent de l'ordonner. »

Ainsi tombent successivement devant un examen consciencieux toutes les charges de l'accusation ; et de tout cet amas de griefs, il ne subsiste plus que cet aphorisme qui est le thème de votre réquisitoire : Laporte a été imprudent en risquant une opération, il a été maladroit en ne la réussissant pas.

Mais vous ne voyez donc pas, vous ne voulez donc pas voir que cette n ladresse et cette imprudence, quand même elles existaient — ce qui n st pas — ne peuvent tomber sous le coup de la loi pénale ? A ces instants

décisifs de la vie du médecin où le temps presse, où le danger menace, où la mort est là, le plus timide doit devenir un audacieux, savoir prendre une décision immédiate dont il n'a à rendre compte qu'à la science qui l'inspire et à sa conscience qui le juge !

Tel est le cas du Dr Laporte ; et rapprochant des dernières conclusions des Dr Maygrier et Socquet les paroles déjà rappelées du Procureur général Dupin, je crois entendre, en les relisant, le jugement d'acquiescement que vous allez prononcer.

« Il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou « mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre « n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, « s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, adresse ou malhabileté à « l'exécuter, si, avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel autre procédé, « elle n'aurait pas mieux réussi. Ce sont là des questions scientifiques à « débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de respon- « sabilité civile, ni tomber sous l'examen des tribunaux. »

Vous vouliez, dites-vous, Monsieur l'avocat de la République, faire en la personne du Dr Laporte un exemple qui serve d'avertissement au corps médical tout entier ! Pourquoi donc choisissez-vous toujours vos victimes expiatoires parmi les petits, les humbles et les faibles ? Il y a eu, en cours d'opération, d'autres morts à déplorer, mais celles-là elles étaient administrées de main de maître et d'outil de célèbre praticien ! Avez-vous osé poursuivre ?

S'il y a eu, ce que je ne veux pas croire, des abus dans le corps médical, frappez-le ! Soit ! Mais frappez à la tête ! Attaquez-vous aux grands médecins, aux noms célèbres ; ils sauront vous répondre ceux-là, et l'exemple venant de plus haut n'en sera que plus retentissant et plus salutaire.

Mais où donc voyez-vous tant d'abus dans la médecine moderne ? N'avez-vous donc d'yeux que pour les succès et d'oreilles que pour les plaintes et les récriminations ? Ne voyez-vous pas, autour de vous, tous les exemples de courage, d'abnégation et de dévouement que nous offre l'admirable corps médical français, si fécond en héros et en martyrs ?

Regardez dans les salles de diphtérie ces médecins et ces internes, penchés sur ces jeunes êtres, dont le souffle sème la mort autour d'eux : en est-il un seul qui hésite et qui tremble ? Ouvrez les néfastes statistiques de la fièvre jaune et du choléra, comptez le nombre des médecins tombés au champ d'honneur, victimes du devoir professionnel, et demandez-vous ensuite si c'est là la tribu révoltée que vous rêvez d'atteindre et de décimer.

Partout ces fils de la science vous les verrez luttant contre la mort, souvent victorieux, parfois vaincus, toujours admirables ! Non ! ils n'ont pas démerité ceux-là qui gardent comme une tradition la plus belle des vertus, le plus beau des courages : le courage civil.

Et maintenant, Messieurs, voulez-vous voir où vous conduirait la théorie de rigueur inouïe que l'on vous demande d'inaugurer aujourd'hui ? Trouvez-vous la théorie du procureur général Dupin trop indulgente et trop favorable aux médecins ? Estimez-vous qu'il faille la modifier, pousser plus loin vos investigations et la recherche des responsabilités ? Prenez garde, à votre tour, d'être taxés d'imprudence, de témérité et de présomption, vous qui accusez un médecin dans l'exercice de sa profession, vous qui n'avez ni titre, ni science médicale. Vous en rapporterez-vous aux médecins-experts,

vos conseillers habituels ? Mais alors vous serez à leur merci. Ce sont eux et eux seuls qui rendront vos jugements et dicteront vos condamnations, et votre justice ne sera plus que de l'arbitraire, reproduisant les discussions d'école, les querelles des divers systèmes.

Mais si la justice en souffre, les véritables victimes seront ceux-là même que vous voulez protéger et défendre ; ce seront les malades. Oui, tous ceux-là pour lesquels un miracle est nécessaire, qui ne peuvent être sauvés que par une opération grave, mais qu'ils acceptent en en connaissant les dangers, ceux-là voient à l'heure actuelle hésiter leurs médecins.

L'alarme est en effet dans le corps médical tout entier. L'alarme est dans cette pléiade de médecins de campagne qui, pour n'être pas tous des praticiens éminents, n'en sont pas moins aptes à soulager et à guérir. Si l'on est passible des tribunaux, de la police correctionnelle, si l'on peut être arrêté et déshonoré pour avoir, en présence d'un cas grave, risqué une opération sans l'avoir réussie, mieux vaut s'abstenir, laisser le malade mourir de sa belle mort. Voilà ce que l'on dit, voilà ce que l'on répète partout entre médecins ; et tous d'un commun accord, d'un avis unanime, à la théorie de l'inquisition vous répondraient par le régime de l'abstention !

C'est le régime des bras croisés devant la souffrance, le régime du *laisser mourir* que vous inaugureriez ainsi.

Et si, parmi eux, il en est quelques-uns qui mettent au-dessus de tout le devoir professionnel, s'il en est encore un qui se risque à tenter l'impossible au chevet d'un mourant, prenez garde qu'à l'instant décisif, à la minute suprême où le scalpel en main, engin de mort dont il espère faire un instrument de salut, il s'apprête à donner le coup sauveur, prenez garde que le souvenir du Dr Laporte, du médecin flétri, emprisonné, jeté à Mazas, la vision terrifiante de ce malheureux, traîné en police correctionnelle, ne vienne troubler l'opérateur ; prenez garde qu'une émotion poignante, à l'heure où toute sa liberté d'esprit, tout son sang-froid lui sont indispensables, ne vienne l'étreindre en pensant qu'il joue là son honneur, sa réputation, sa liberté peut-être... et dites-vous-le bien, ce serait la justice elle-même, ce seraient ses rigueurs d'un autre âge qui contribueraient le plus à faire trembler ses mains et faiblir son coup d'œil.

Croyez-moi, Messieurs, la justice se trompe, la justice s'est trompée. Elle a fait une victime avant de vous consulter. Il vous appartient de reconnaître loyalement son erreur et d'atténuer par un acquittement mérité l'injuste retentissement de la poursuite.

Le Dr Laporte est devant vous. Vous allez le juger.

Si je ne connaissais le magistrat qui a dirigé ces débats, si j'ignorais les rares qualités de son esprit et de son cœur, me souvenant des paroles prononcées par lui à l'audience, au cours de l'interrogatoire, puisque par une fâcheuse disposition de nos lois le magistrat qui interroge est aussi le magistrat qui juge, je tremblerais qu'une opinion préconçue ne pût troubler la conscience des juges ! Mais je sais aussi que les hommes passionnés sont les plus prompts à se rendre à l'évidence des faits et les plus susceptibles d'humanité et de générosité.

Aussi je me sens rassuré.

Je remets entre vos mains l'honneur et la liberté de cet homme. C'est là

son seul et unique patrimoine. C'est un dépôt sacré que je vous confie. Vous le lui rendrez intact ! »

De nombreux applaudissements éclatent dans l'auditoire.

X. — Les conclusions de l'avoué.

M^e Mutel, avoué, qui assiste le D^r Laporte, dépose les conclusions suivantes :

« Plaise au Tribunal,

« Attendu qu'à la suite d'une plainte déposée le 30 septembre 1897, par le sieur Fresquet, contre le D^r Laporte chargé d'accoucher la dame Fresquet et auquel le plaignant imputait d'avoir, par imprudence et maladresse, causé la mort de ladite dame, une instruction fut ouverte et le D^r Socquet commis pour procéder à l'autopsie de la mère et de l'enfant ;

« Attendu qu'à la suite de l'enquête et de la double expertise pratiquée par les D^{rs} Socquet et Maygrier, le D^r Laporte a été traduit devant le Tribunal correctionnel sous la prévention d'homicide par imprudence, en vertu de l'article 319 du Code pénal ;

« Attendu, en droit, que l'article 319, reproduisant limitativement les dispositions de l'article 1382 du Code civil, n'est applicable qu'en cas de faute lourde résultant de la maladresse, de l'imprudence ou de l'inobservation des règlements et ayant causé la mort d'autrui ;

« Que si ces dispositions sont générales et s'appliquent *in infinitum* à toutes les professions quand il s'agit de faits imputables à l'homme plutôt qu'au professionnel, il en est tout autrement quand il s'agit de faits tenant à l'exercice même de la profession et notamment de la profession médicale ; qu'il existe alors une limite aux investigations de la justice, à laquelle il est interdit d'apprécier des actes d'un caractère exclusivement scientifique ;

« Attendu que la jurisprudence tout entière, même dans les cas spéciaux où elle a cru devoir admettre la responsabilité des médecins, a sans cesse confirmé cette théorie en s'attachant à ne relever que les faits d'ignorance, imprudence ou de négligence graves, tels que le refus de continuer les soins à un malade en danger ou la dissimulation des complications survenues par la faute de l'opérateur ;

« Attendu que les limites de ce domaine de la science médicale, inaccessible aux recherches de la justice, ont été nettement posées par M. le procureur général Dupin et sanctionnées par la Cour suprême dans un arrêt qui demeure le monument fondamental de la jurisprudence en la matière ; que toutes les questions relatives à l'opportunité d'une opération, à l'habileté ou à la maladresse de l'opérateur, au choix de l'instrument ou de la méthode chirurgicale y sont déclarées soustraites à l'examen des tribunaux et ne peuvent constituer des cas de responsabilité ni pénale ni civile ;

« Attendu que ces principes certains et immuables ne sauraient être modifiés sans enlever toute initiative à un art qui n'est qu'initiative perpétuelle, et sans porter la plus grave atteinte à la science médicale et, par suite, à la guérison des malades ; qu'il suffit donc d'en faire l'application rigoureuse à l'espèce actuelle ;

« Attendu, en fait, qu'aucune faute imputable au fait exclusif de l'homme ne peut être reprochée au Dr Laporte ;

« Attendu qu'au point de vue professionnel, les médecins experts eux-mêmes sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître qu'il a strictement observé toutes les règles de l'art des accouchements ; qu'après avoir vainement tenté à différentes reprises l'application du forceps, il a sagement fait de se décider à pratiquer sur-le-champ et sans retard, avec les instruments dont il disposait, l'opération de la craniotomie ; que leur rapport se borne à deux critiques d'ordre purement scientifique, relatives, l'une au défaut d'asepsie des instruments employés, l'autre à la façon dont le Dr Laporte aurait guidé l'aiguille à matelas dont il se servit au cours de l'opération ;

« Attendu que ces deux critiques, dont la matérialité même semble démentie par les affirmations du Dr Laporte et les dépositions de la sage-femme, seuls compétents en la matière, ne sauraient en aucune façon constituer l'imprudence ou la maladresse prévues par l'article 319 du Code pénal ; qu'il s'agissait là de malhabilité dans l'exécution d'une opération, de procédé chirurgical plus ou moins discutable, question purement scientifique, rentrant dans la catégorie de celles que la Cour suprême déclare échapper à l'examen des tribunaux ; qu'au reste ces critiques mêmes ne sauraient être retenues pour fondées puisque M. le Dr Pinard, professeur d'accouchements, a déclaré, avec sa haute autorité et son indiscutable compétence, que la manière d'agir du Dr Laporte avait été irréprochable ;

« Attendu, enfin, qu'il ne saurait être ici question d'abandon de malade, le Dr Laporte n'ayant quitté la dame Fresquet qu'après la délivrance effectuée, et sans qu'aucun accident pût faire prévoir une lésion interne quelconque, l'accouchée restant d'ailleurs sous la garde de la sage-femme qui, à aucun moment, n'a songé à faire redemander un médecin ;

« Que, dans ces conditions, aucune faute, aucune maladresse ou imprudence, ne sauraient être imputées au docteur Laporte, à raison de l'issue malheureuse d'une opération très grave et très délicate pratiquée dans le but unique de tenter le salut de la malade ;

« Par ces motifs,

« Dire qu'aucune faute tombant sous l'application de l'article 319 ne saurait être reprochée au docteur Laporte au cours de l'opération pratiquée sur la dame Fresquet ;

« Dire que l'urgence de l'opération diagnostiquée par lui lui interdisait de solliciter et d'attendre le concours d'un confrère aussi bien que de faire transporter la malade à l'hôpital ;

« Dire que le Dr Laporte n'a commis aucune faute en se servant des instruments mis à sa disposition par le plaignant ;

« Dire enfin que le défaut d'antisepsie ou d'asepsie des outils employés n'est nullement prouvé et que, fût-il établi, il constituerait un fait d'ordre purement scientifique et soustrait à l'appréciation des tribunaux ; qu'il en est de même de la façon d'opérer et de la plus ou moins grande habileté déployée par l'opérateur ;

« Renvoyer en conséquence le docteur Laporte des fins de la poursuite ;

« Subsidiairement, au cas où la conviction du Tribunal ne serait pas lores et déjà faite, ordonner une contre-expertise. »

Après la lecture de ces conclusions, **M. le Dr Maygrier** dépose un mémoire sur le bureau du Tribunal après en avoir donné lecture.

Il soutient que les perforations de la vessie ne peuvent pas être spontanées, et il entre, à cet égard, dans des détails techniques.

M. le professeur Pinard. — Je répète ce que j'ai déjà dit. M. le Dr Maygrier n'a pas vu le bassin, lequel n'a pas été conservé, et, à l'heure actuelle, il ne peut pas justifier ses assertions.

Le Tribunal renvoie à vendredi prochain le prononcé de son jugement.

Audience du 22 octobre.

XI. — Le Jugement.

Au début de l'audience, M. le Président déclare qu'il a reçu une lettre de M^{me} Maitrepierre, sage-femme, entendue comme témoin dans l'affaire.

Invoquant les dispositions de l'article 41 de la loi du 29 juillet 1881, elle proteste contre les allégations du défenseur du Dr Laporte, lequel, dans sa plaidoirie, lui a reproché de n'avoir pas réclamé l'intervention d'un médecin en temps opportun; elle déclare qu'elle a accompli tous les devoirs que sa profession lui imposait et demande que sa protestation soit lue publiquement.

M. le Président donne lecture de cette lettre, puis il prononce le jugement qui est ainsi conçu :

« Le Tribunal,

« Attendu que Laporte, qui a obtenu le diplôme de docteur en médecine en 1893 et qui avait vainement cherché à se créer une clientèle dans le 18^e arrondissement, s'est installé, le 1^{er} septembre 1895, au boulevard de Charonne, n° 104 ;

« Attendu qu'ayant été agréé en 1895 comme médecin du service de nuit, il fut requis, dans la soirée du 11 septembre 1897, de se rendre rue Courat, 32, chez la dame Fresquet qui était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement et dont l'accouchement présentait des difficultés ;

« Attendu que Laporte s'étant muni d'un forceps, seul instrument qu'il possédât pour faire les opérations obstétricales, se présenta au domicile de la dame Fresquet qui avait eu déjà cinq enfants et auprès de laquelle se trouvait une sage-femme, la dame Maitrepierre ; qu'après examen, le Dr Laporte jugea que l'application du forceps était nécessaire, application qui avait déjà eu lieu avec succès dans deux couches précédentes de cette dame ;

« Attendu que la manière de procéder du médecin surprit, dès le commencement, les personnes présentes, et leur inspira des doutes sur sa compétence ; qu'il fut manifeste pour elles que le maniement du forceps ne lui était pas familier ; qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la patiente dont il laissait les jambes basses le long du lit ; que le mari et la dame Houbert crurent même devoir intervenir pour lever et maintenir les jambes pendant que l'opérateur appliquait le forceps et que la sage-femme ne put s'empêcher de dire : « Nous sommes mal tombés » ;

« Attendu que trois applications du forceps furent faites, mais sans résultat ; que les témoins présents à l'accouchement déposent du trouble, de l'agitation du prévenu qui, après l'insuccès du forceps, dit à plusieurs reprises : « Je suis au bout de mon rouleau » ;

« Attendu qu'on lui proposa d'aller chercher un autre médecin pour l'assister, qu'il se borna à répondre : « Attendons » ; qu'il dit alors à la sage-femme : « Il n'y a plus qu'à perforer le crâne de l'enfant, qui doit être mort » ;

« Attendu qu'après avoir vérifié l'un et l'autre qu'on ne sentait plus les battements du cœur de l'enfant, Laporte se mit en devoir de pratiquer la craniotomie, mais qu'il n'avait aucun des instruments employés d'ordinaire pour cette opération ; qu'il essaya d'abord de se servir de la pointe de son forceps qui était trop courte ; qu'ayant demandé à Fresquet un instrument quelconque, celui-ci lui apporta la boîte à outils dans laquelle Laporte prit d'abord un porte-étiquettes et un équarisseur, qui ne lui parurent pas utilisables, puis une aiguille à matelas, à bout pointu, aplati et recourbé dont il crut pouvoir se servir ;

« Attendu que, sans l'aseptiser ou la tremper dans l'eau bouillante, il introduisit d'une main cette aiguille dans le vagin, se bornant de l'autre à écarter les lèvres des parties génitales de la patiente et chercha à plusieurs reprises à piquer le crâne de l'enfant ;

« Attendu qu'ayant retiré l'aiguille, sans vérifier quel avait été le résultat de ces piqûres, Laporte prit alors dans la boîte à outils un ciseau à froid et un marteau, et qu'ayant appliqué le ciseau sur la tête de l'enfant qui, disait-il, avait la boîte crânienne dure, il frappa avec le marteau sur le ciseau ; mais qu'à ce moment Fresquet et la dame Houbert, étonnés et outrés, intervinrent et lui arrachèrent le ciseau et le marteau des mains ;

« Attendu que presque aussitôt la femme Fresquet, cessant d'être sous l'action du chloroforme, fit un mouvement, une contraction ; que la tête de l'enfant parut à la vulve ; qu'elle fut signalée par Fresquet au médecin qui ne la voyait pas et qui, appliquant une dernière fois le forceps, ne tarda pas à retirer le corps ;

« Attendu que le médecin se disposait à partir sans délivrer la femme, mais que la sage-femme, craignant une hémorrhagie, l'obligea à terminer son opération ;

« Attendu qu'aussitôt après, ayant fait quelques recommandations au sujet des soins à donner à la malade, il se retira et ne revint plus ;

« Attendu cependant que la dame Fresquet ne tarda pas à présenter les symptômes d'une maladie grave, consécutive à l'accouchement ; que, visitée le lendemain par le Dr Ballouet, son état fut jugé si sérieux que son transport immédiat à l'hôpital fut décidé ; qu'elle y mourut le 14 septembre à huit heures du matin ;

« Attendu que l'autopsie de l'enfant a révélé sur le pariétal droit une plaie et perforation ayant laissé s'écouler une petite quantité de matière cérébrale ;

« Attendu, d'autre part, que l'autopsie de la dame Fresquet a conduit le médecin commis aux conclusions suivantes : « La mort de M^{me} Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie. Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant tel que l'aiguille placée sous scellés » ;

« Attendu que l'expert ajoute que ces différentes lésions ont été reconnues par l'inculpé au cours de l'autopsie à laquelle il assistait ;

« Attendu que ces conclusions sont confirmées par le Dr Maygrier, expert commis, qui a vu les pièces anatomiques et est d'accord avec son confrère pour déclarer que la double perforation de la vessie est le résultat de la piqure d'un instrument pointu comme l'aiguille à matelas saisie qui a traversé la vessie pour atteindre le péritoine et déterminer ensuite une péritonite mortelle ;

« Attendu, il est vrai, que M. le Dr Pinard a contesté à l'audience ces constatations et conclusions ; qu'il estime qu'à raison du long travail de l'enfantement, les perforations de la vessie se seraient probablement produites spontanément ; qu'elles peuvent aussi avoir été déterminées par des aiguilles osseuses ;

« Mais, attendu que les experts, tant dans leur déposition orale que dans une note complémentaire remise à l'audience pour préciser et justifier leur opinion, ont déclaré que l'examen minutieux des organes de la dame Fresquet ne permet pas de considérer les perforations constatées comme des ruptures spontanées ; qu'il est de plus impossible que les lésions de la vessie, à la place où elles se trouvent, aient été causées par des aiguilles osseuses, qui, d'ailleurs, dit le Dr Socquet, n'existaient pas dans le bassin ;

« Attendu que le Tribunal placé entre des constatations faites sur les organes et des conclusions qui en découlent, d'une part, et, d'autre part, une argumentation basée sur des hypothèses, des conjectures et des raisons théoriques, ne peut hésiter à faire confiance aux premières, émanant d'hommes de l'art distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice ;

« Attendu qu'étant admis par le Tribunal que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas dont s'est servi Laporte, il y a lieu d'examiner en droit et en fait si les procédés et opérations du prévenu, qui ont amené cette lésion dont la mort a été la conséquence, le rendent passible des dispositions de l'article 319 du Code pénal ;

« Attendu, en droit, que les termes généraux de cet article s'appliquent à toutes personnes, quel que soit leur art ou leur profession, par conséquent, au médecin et à l'opérateur qui, dans l'exercice de sa fonction, se rend coupable de faute et de négligence graves ; qu'il est certain que les Tribunaux doivent user avec prudence des pouvoirs que la loi leur confère ; que l'appréciation des théories, des opinions, des systèmes leur échappe et qu'ils ne peuvent se rendre juges du diagnostic, de l'opportunité d'une opération, du plus ou moins de dextérité avec laquelle elle est faite, de la valeur d'un procédé comparé à un autre, de l'opportunité de telle ou telle médication ; mais que leur action commence et s'exerce là où il y a, de la part du médecin, faute lourde, négligence, légèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir ; que telle est la doctrine de M. le procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience.

« En fait :

« Attendu que Laporte, quoiqu'il se présentât aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur (il avait fait apposer à sa porte une plaque avec ces mots : « Médecin et accoucheur »), n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière ; qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital, alors qu'il était étudiant, il n'avait opéré, depuis

1896, que deux accouchements ; que, pour ceux-ci, l'application du forceps n'avait pas été nécessaire ;

« Attendu, d'autre part, qu'il n'avait jamais fait de craniotomie ; qu'ainsi, sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle ;

« Attendu que son inexpérience s'est d'ailleurs accusée aux yeux de tous, notamment de la sage-femme, dès son arrivée chez la dame Fresquet ; que, sans parler de l'administration du chloroforme, qui paraît avoir été faite sans surveillance, la manière dont Laporte se servait du forceps, la position dans laquelle il laissait la parturiente, et qui a déterminé l'intervention du mari et de la femme Houbert, ont révélé qu'il n'avait aucune notion de ce qu'en pareille circonstance un médecin doit faire et savoir, et ont motivé le propos de la sage-femme relevé ci-dessus ;

« Attendu que l'incohérence, la maladresse des actes de Laporte et son excitation étaient telles que la dame Maître pierre crut devoir, à un moment donné, lui demander s'il était souffrant, et, qu'après l'application infructueuse du forceps, il dut reconnaître « qu'il était au bout de son rouleau » ;

« Attendu que, dans ces conditions, se trouvant en présence d'une opération grave, la craniotomie, qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant, il devait, ainsi que le lui conseillaient les personnes présentes, envoyer l'une d'elles chercher un autre médecin ou tout au moins tenter d'en trouver un pour l'assister ; qu'en ne le faisant pas, il a commis une faute grave qui peut lui être reprochée pénalement ;

« Attendu, de plus, qu'en pratiquant la craniotomie, il a fait preuve d'une impéritie et d'une ignorance manifestes des choses que tout homme de l'art doit savoir ;

« Attendu, en effet, qu'il est élémentaire et enseigné dans tous les traités sur la matière, que le chirurgien, qui fait cette opération, doit introduire sa main gauche dans le vagin ; que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale, autant que possible maintenue stable par la main d'un aide placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu par la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche ; que dans le cas où la tête de l'enfant est près de la vulve, on peut se dispenser d'introduire la main, mais que tout au moins les deux doigts, indicateur et médius doivent conduire et diriger l'instrument ;

« Attendu que cette manière de procéder mise en pratique par tous les médecins accoucheurs, a pour but non seulement d'assurer le succès de la perforation, mais encore de protéger les organes de la femme de toute déchirure ou rupture que le défaut de direction de l'instrument amènerait presque fatalement ;

« Attendu que ces règles prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en mains, comme Laporte, un instrument, disent les experts, défectueux, difficile à manier et à diriger avec sûreté en raison de sa ténuité et dont les échappées étaient très à craindre ;

« Or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter, des dames Houbert et Delanoé qui étaient auprès de la parturiente et qui déclarent formellement que lorsque Laporte a introduit l'aiguille à matelas, il ne l'a dirigée ni avec la main ni avec les doigts ;

« Attendu que la demoiselle Maitrepierre dit, il est vrai, pour l'aiguille, « il me semble qu'il a introduit un doigt, mais je ne puis l'affirmer. » Mais qu'elle explique que placée en arrière de la dame Fresquet, dont elle maintenait la tête sur son bras, elle n'a pas pu bien voir ce qui se passait en avant ;

« Attendu qu'en admettant cette déclaration formulée à l'audience sous la forme la plus dubitative et qui ne peut dès lors infirmer les déclarations précises des dames Houbert et Delanoé, le Dr Laporte n'aurait introduit qu'un doigt pour diriger l'aiguille, ce qui serait manifestement insuffisant et inopérant pour empêcher de glisser à droite ou à gauche sur les organes de la femme ;

« Attendu au surplus que les déclarations du Dr Laporte à l'instruction constituent sur ce point des aveux de sa faute ; qu'en effet, confronté avec la sage-femme, il déclare : « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier. J'ai le souvenir d'être allé à un moment donné un peu trop loin avec mon aiguille, mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré » ;

« Attendu que Laporte reconnaît aussi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, puisqu'il ne s'est pas rendu compte jusqu'où elle était allée ni si elle avait perforé le crâne ;

« Attendu que M. le Dr Pinard estime que le prévenu a dû guider l'aiguille, parce que si elle ne l'avait pas été, l'autopsie aurait révélé des désordres au cul-de-sac vaginal, alors qu'il en résulte qu'il était intact ;

« Attendu que M. le Dr Maygrier a répondu qu'il ne pouvait être aussi affirmatif que M. le Dr Pinard et qu'il y a d'ailleurs lieu de considérer que Laporte ouvrait, d'après les témoins, la vulve avec les doigts de la main gauche pendant qu'il introduisait l'instrument de la main droite, et qu'ainsi il a pu se diriger jusqu'à l'organe dont il est question, sans l'atteindre ;

« Attendu qu'il est démontré pour le Tribunal que le Dr Laporte a ainsi contrevenu aux règles élémentaires de l'art ; qu'il a commis une imprudence, une négligence opératoire qui constitue une faute lourde, laquelle a été la cause directe et involontaire de la mort de la dame Fresquet ;

« Attendu que sans qu'on puisse retenir pénalement cet élément, le présent jugement ne peut pas ne pas relever comme une nouvelle preuve de son incapacité et du désarroi de son esprit, l'usage inutile, inconsideré, et cruel du ciseau et du marteau ;

« En ce qui touche l'application de la peine ;

« Attendu qu'il y a lieu de tenir compte au prévenu de l'honorabilité de sa vie, des difficultés de ses débuts, de l'impossibilité où l'a mis l'absence de clientèle d'acquérir l'expérience de son art, de son état d'esprit, de son agitation, de son émotion même, lorsqu'en présence des complications qui survenaient, il s'est senti désarmé, obligé cependant de rester auprès de la malade et de l'assister jusqu'à sa délivrance par devoir et humanité ;

« Par ces motifs,

« Condamne Laporte à trois mois de prison avec le bénéfice de la loi de sursis, le condamne aux dépens. »

DES RAPPORTS DE L'OBSTÉTRIQUE AVEC LA MÉDECINE LÉGALE EN 1897

Par M. le professeur **Adolphe Pinard**.

(Leçon de réouverture du cours de Clinique obstétricale
faite le 8 novembre 1897.)

MESSIEURS,

Vous savez qu'un professeur de clinique n'a pas de programme défini à l'avance. A lui de discerner et de choisir, le plus souvent parmi ce que lui fournit le hasard, les faits qui peuvent être utiles à son enseignement. Aussi, je ne crois pouvoir mieux faire qu'en traitant devant vous, aujourd'hui, cette question toute palpitante d'actualité, et que nous appellerons, si vous le voulez bien : *Des rapports de l'obstétrique avec la médecine légale en 1897*.

D'aucuns penseront peut-être que je manque de discernement et que je choisis mal le lieu et le moment pour faire une semblable étude. A ceux-là je réponds par avance que c'est un sujet clinique par excellence puisque l'observation que je vais vous exposer, et qui me servira de thème, vous montrera une malheureuse accouchée sur son lit de douleur et son accoucheur couché ensuite sur un lit de misère, si l'on peut appeler ainsi le lit de la prison ; donc, ce faisant, je ferai de l'enseignement clinique.

Quant au moment, je le juge absolument favorable, opportun, et je me reprocherais de laisser passer l'occasion qui m'est offerte ; je faillirais à ma tâche, selon moi,

si je ne m'efforçais au plus tôt de parer au danger qui menace les médecins en général et les accoucheurs en particulier.

Vous devinez tous déjà que je vais vous entretenir de l'accouchement de la dame Fresquet, de l'arrestation, de la détention préventive et de la condamnation du Dr Laporte, et vous avez raison.

Je veux, en effet, vous montrer sous toutes ses faces les rapports qui existent entre cet accouchement et cette condamnation. Et j'espère vous démontrer qu'il n'est pas, à l'heure actuelle de question plus grave pour le corps médical et pouvant avoir des conséquences plus désastreuses pour les malades.

Cette exposition, je désire vous la faire aussi simplement et aussi clairement que possible. Je veux que vous ne rencontriez dans mes paroles que l'accent d'un homme convaincu, passionné pour la recherche de la vérité et le triomphe de la justice.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, je vous demande la permission de répondre à trois reproches qui, par des voies et moyens différents, m'ont été adressés, soit directement, soit indirectement.

De bons esprits, peu ou mal au courant de ce qui, au point de vue de l'enseignement obstétrical, se faisait autrefois dans la Faculté de médecine, et de ce qui s'y fait aujourd'hui, ont pensé tirer une moralité pratique de cette observation tragique. Dans toute cette affaire, à les entendre, ce sont les Facultés de médecine qui sont responsables ; « elles contribuent, par la surproduction des

diplômes, à l'encombrement de la profession médicale », et, « un point d'interrogation se dresse au point de vue de la garantie des diplômes délivrés par nos Facultés de médecine » (1). « Un fait récent est venu mettre en relief l'insuffisance de la Faculté » (2).

Ce premier reproche, vous le voyez, constitue simplement une accusation. Aussi, dois-je y répondre. Car, d'une part, il me met en cause, comme membre de la Faculté, particulièrement chargé de « l'éducation professionnelle spéciale des futurs médecins », c'est-à-dire de l'enseignement obstétrical ; et, d'autre part, il m'est adressé par des personnes dont l'esprit est généralement porté vers les idées généreuses et philanthropiques, et dont le concours dévoué a été efficace dans maintes circonstances pour la réalisation de nombreux progrès.

Je ne m'arrêterai pas à discuter les questions *surproduction de diplômes* et *encombrement*. Ces questions, pour importantes qu'elles soient, n'ont rien à faire ici. Ce qui doit m'arrêter, ce qui seul est grave, c'est l'accusation formulée contre les Facultés de donner un enseignement obstétrical insuffisant. Peut-être déjà avez-vous le droit de vous étonner de cette accusation, vous qui êtes sur ces bancs, vous qui prenez si activement part à notre labeur quotidien ? Mais que vont en penser ceux qui, il y a vingt ans et plus, à l'époque où l'on ne se plai-

(1) Voir « A propos d'un accouchement tragique ». *La Revue philanthropique*, octobre 1897.

(2) Des services d'accouchements à Paris. *Progrès médical*, 6 novembre 1897.

gnait ni de surproduction ni d'encombrement, ont conquis leur diplôme? Quel démenti pour moi que cette accusation! Moi qui, ici même, disais en inaugurant cette chaire, il y a quelques années : « Celui qui, dans le siècle prochain, dépouillera les Archives de la Faculté, trouvera à chaque pas l'esprit de réformes, de progrès, de sollicitude constante pour les élèves qui anime la Faculté de médecine (1). » Néanmoins, pour réfuter cette accusation, je n'ai qu'à exposer les deux termes qui pourront servir à établir une comparaison :

Il y a vingt ans, pour apprendre les accouchements, les étudiants de la Faculté de médecine de Paris avaient un cours théorique fait pendant quatre mois de l'année; une seule clinique d'accouchements, qui leur était fermée la nuit. Comme sanction, un seul examen portant sur les accouchements. Le résultat? Je l'ai écrit et publié en 1881, avec l'autorisation du Doyen. Le voici : « *Nombre d'élèves sont reçus docteurs qui n'ont jamais examiné une femme, ni assisté à un accouchement* (2). »

Et aujourd'hui? Cours théoriques faits pendant toute l'année. Manœuvres obstétricales, instituées par le professeur Farabeuf, où se répètent toutes les opérations, organisées depuis près de dix ans et n'ayant cessé d'être faites chaque année. Stage obligatoire pendant un mois dans une clinique d'accouchements. Obligation pour chaque élève d'avoir pratiqué au moins deux accouchements. Comme sanction, deux examens portant sur les accouche-

(1) *L'enseignement de l'obstétrique, autrefois et aujourd'hui* (1890).

(2) *Progrès médical*, 1881.

ments. J'ajoute que jamais la Faculté, que je sache, n'a empêché les élèves de suivre les nombreux services d'accouchements dans les hôpitaux. Comparez et jugez. Et je puis dire que ce qui a été fait à Paris l'a été également dans toutes les Facultés de France.

Ainsi, il faut qu'on le dise, qu'on le répète, qu'on le sache partout : jamais les études obstétricales n'ont été ce qu'elles sont aujourd'hui. Jamais on n'a tant fait pour les élèves, jamais ils n'ont eu autant de moyens de s'instruire.

Est-ce à dire qu'on ne puisse, qu'on ne doive faire mieux ? Assurément non. Mais, si la perfection n'est pas atteinte, ce n'est pas la faute de la Faculté. Et j'espère bien que de cette démonstration on tirera cette moralité à laquelle on avait déjà songé, à savoir que pour bien parler d'une chose il faut la bien connaître, et que, mieux renseignés, ceux qui ont accusé la Faculté lui donneront, comme amende honorable, leur puissant concours afin de hâter la réalisation de son ardent désir qui est de rendre les études obstétricales plus complètes encore.

Le deuxième reproche m'a été adressé, directement, par mes meilleurs amis, et même par d'autres. Il me concerne personnellement. Le voici :

Dans ma lettre aux Internes, lettre inspirée par la joie de les voir vibrer d'une si généreuse solidarité, j'ai écrit : « *dans cette lutte avec la magistrature* ». J'ai eu l'audace, l'imprudence, j'ai commis la faute de parler de lutte avec la magistrature ! Eh bien, oui, je le reconnais ; et même j'ajoute que je l'ai fait avec intention. Je suis

certain de n'avoir, en écrivant ces mots, ni compromis l'accusé, ni compromis la cause que je défends.

En disant lutte avec la magistrature je n'ai jamais entendu parler de *toute la magistrature*. J'ai voulu dire et je dis : lutte avec la magistrature qui, comme je vais vous en donner la preuve dans un instant, sortant de son rôle, se livre à l'*exercice illégal de la médecine légale*.

Enfin, un troisième et dernier reproche (on m'en a adressé bien d'autres, même sous le couvert immonde de l'anonymat, mais à ceux-là je n'offre que mon dédain ou mon mépris); un troisième reproche, dis-je, émane tout d'abord du ministère public, puis reproduit ensuite, est le suivant : « *Mes efforts tendent à faire proclamer l'infailibilité, l'inviolabilité, l'irresponsabilité médicales!* »

Je réponds à cela que je défie quiconque de trouver dans mes paroles, mes écrits ou mes actions, quoi que ce soit qui puisse autoriser une semblable accusation. Non, aucun homme n'est à l'abri de l'erreur. Le médecin n'est pas infailible; il ne peut et ne doit pas être plus responsable qu'un autre. Les fous sont seuls irresponsables, a-t-on dit, et je suis de cet avis. Je n'ai jamais réclamé ce privilège pour le médecin. C'est vous qui traitez les médecins en irresponsables, puisque vous les privez de leur liberté!

Ce que j'ai réclamé, ce que je réclame, et je m'en fais gloire, c'est le libre et plein exercice du droit que donne le diplôme! Et la preuve que, pour moi, l'infailibilité médicale n'existe pas, c'est que je vais, dans un instant, accuser d'insuffisance : qui? Hélas, un médecin. Je dis

hélas ! Mais je dis aussi avec Pajot : « Les devoirs confraternels s'effacent devant les droits de la vérité (1). »

Ceci dit, j'entre dans le vif du sujet, et je crois nécessaire, au risque de répéter devant vous des choses que vous savez déjà, de vous rappeler d'abord ma déposition à l'audience de la neuvième chambre.

Je me suis exprimé ainsi (2) :

.....
Et après une plaidoirie d'une merveilleuse éloquence et une attente de quarante-huit heures angoissantes, conclusion : le Dr Laporte est condamné à trois mois de prison.

Reprenons la question *ab ovo* et examinons successivement les faits :

Un jeune médecin est appelé la nuit, le 11 septembre, pour terminer un accouchement difficile. Pendant quatre heures il lutte en employant les moyens et ressources dont il dispose. Il parvient à terminer l'accouchement et se retire heureux. L'opérée meurt quarante-huit heures après. Une plainte est déposée, et, huit jours après, le médecin est appelé chez le juge d'instruction. De là, on l'emmène à la Morgue où il se trouve en présence du cadavre de la femme morte depuis six jours et en face d'un médecin expert, c'est-à-dire d'un médecin investi d'un mandat de justice.

Voilà l'obstétrique en face de la médecine légale. Nous

(1) PAJOT. Lettre à un avoué de province à propos d'une consultation sur un cas d'avortement. *Travaux d'obstétrique*, p. 507.

(2) Voir plus haut, page 334 et suiv.

avons vu agir l'obstétrique. Nous allons voir la médecine légale à l'œuvre. L'autopsie est pratiquée de quelle façon ? Ceux d'entre vous qui l'ignorent n'auront qu'à lire le dernier numéro de la *Revue pratique d'obstétrique*. Ils seront complètement renseignés et édifiés.

Et après cette opération, que fait le médecin expert ? Il rédige, séance tenante, un rapport en trois lignes. Et ce rapport donnait le droit effrayant au magistrat de traiter notre confrère comme un grand criminel, c'est-à-dire de l'arrêter immédiatement et de le faire conduire en prison !

Ainsi, un médecin qui n'a eu d'autre mobile de ses actes que le désir de sauver une existence humaine, qui pendant quatre heures de nuit a lutté, peut, dix jours après, être traité comme un vulgaire assassin ! Et cela grâce à l'intervention actuelle de la médecine légale !

Ainsi, sans aucune hésitation, sans l'ombre d'un doute, voici un médecin expert qui conclut immédiatement à la culpabilité d'un confrère ! Le Dr Laporte devient, de suite, l'inculpé Laporte, ignorant ou n'ayant pas observé les règles de l'art (1). Recherchons donc les raisons qui ont pu permettre à l'expert d'être aussi affirmatif ?

Il a, sans doute, une grande expérience des opérations obstétricales ? Les applications de forceps dans les rétrécissements du bassin, les craniotomies lui sont des opérations familières ? Il sait que pendant ces opérations une perforation peut être produite accidentellement par tout

(1) Terme qui ne se trouve plus dans le rapport signé : Dr^s Maygrier Socquet.

accoucheur? Il sait que les perforations spontanées existent, que le bassin peut quelquefois être épineux? Il a fait, il sait tout cela, et son rapport n'en parle pas! Ah! laissez-moi croire pour lui qu'il l'ignore. Car je ne puis admettre qu'un médecin, par cela même qu'il est investi d'un mandat de justice, voie dans tout accusé un coupable. Pourquoi n'est-ce pas une perforation spontanée, ou une perforation résultant d'un accident opératoire pouvant arriver, même à l'opérateur le plus habile et le plus expérimenté? Si le médecin légiste connaissait toutes ces conditions, il devait en parler, il devait douter, il devait rechercher si elles existaient. S'il ignorait toutes ces choses, il ne devait pas conclure avant d'avoir un avis compétent, et plutôt deux qu'un seul!

Insuffisance dans ses recherches anatomiques médico-légales, insuffisance de jugement en procédant à un rapport sommaire, j'allais dire à une exécution sommaire, en concluant par des affirmations ne s'appuyant sur aucun élément scientifiquement établi.

L'expertise, dans ces conditions, c'est-à-dire unique et incompétente est, à l'heure actuelle, l'arme la plus dangereuse que je connaisse, car elle peut atteindre aujourd'hui, demain, dans sa considération, dans sa liberté, dans son honneur, qui? Vous tous, comme moi.

Aussi, avec quelle satisfaction ai-je lu, dans un livre qui vient de paraître hier, ces lignes que je vous demande la permission de vous faire connaître.

« L'expertise en matière criminelle prendra dans l'avenir une extension qu'on peut à peine prévoir.

« Pour le présent, les expertises amènent trop souvent des débats violents et confus, aboutissant à des verdicts étranges. On voit cette consultation, qui devrait être si calme et si technique, se transformer soudain en appareil de guerre. C'est l'arsenal où d'ignorantes mains vont puiser au hasard, pendant la lutte théâtrale, des traits et des raisons ! Discutée oratoirement, l'expertise perd bientôt son autorité et partage les chances de tous les arguments produits au cours d'une discussion capricieuse.

« Comment faire pour que ce document scientifique, que nul à la Cour d'assises » — *et j'ajoute : ni au tribunal correctionnel* — « ne peut discuter avec compétence, parvienne à s'imposer à tous ?

« Pour que l'expertise obtienne un tel crédit, il faut d'abord qu'elle le mérite ; elle ne peut le mériter qu'en devenant contradictoire. Cela signifie que, dans toute expertise, il faut que les intérêts de l'accusation et les intérêts de la défense soient séparément représentés. Deux experts seront désignés, l'un par le juge, l'autre par l'inculpé, et leurs conclusions seront prises en commun, après avoir été discutées contradictoirement. Dès lors, nul n'aura plus à l'audience intérêt à combattre l'expertise ; le jury ne pourra concevoir aucune défiance, et ce document essentiel prendra toute autorité » (1).

Ces lignes sont de qui ? — de l'éminent avocat général à la Cour de cassation.

(1) *La Cour d'assises*, par JEAN CRUPPI, avocat général à la Cour de cassation, p. 299 et 300.

Vous voyez que je ne suis pas en lutte avec toute la magistrature ; j'ajoute que j'éprouve une grande satisfaction en me trouvant en communauté d'idées avec M. l'avocat général à la Cour de cassation, et que je lutterai, *non pas contre, mais avec lui*, pour faire aboutir, le plus tôt possible, la réforme qu'il propose.

Notre rôle doit être d'éclairer ceux qui doivent rendre la justice et non de les combattre. Seulement, cette expertise compétente et contradictoire, je la veux *dès le début de l'instruction, avant toute arrestation préventive. Toute la question est là*. Du reste, n'est-ce pas ce que réclament depuis plus de dix ans le professeur de médecine légale, M. Brouardel (1), M. Drioux (2) et plus récemment notre confrère, le D^r Ladreit de la Charrière (3).

Quelle que soit l'étendue des connaissances d'un médecin expert, il ne peut être omniscient, même agissant en vertu d'un mandat de justice.

Quelle que soit la valeur d'un homme, l'expert isolé sera toujours un danger ; son témoignage ne doit avoir aucune valeur aux yeux de la justice : *Testis unus, testis nullus*.

N'est-ce pas en procédant ainsi que les magistrats, plus éclairés, ne se croiront plus obligés de faire eux-

(1) Voyez BROUARDEL. *Réformes des expertises médico-légales*, 1884.

(2) DRIOUX. *Sur l'organisation de l'expertise contradictoire et d'un tribunal de super-arbitres. Expertises dans les législations étrangères*, 1886.

(3) LADREIT DE LA CHARRIÈRE. *Journal le Droit*, 13 novembre 1896 et communication écrite.

mêmes de la médecine légale, comme nous venons de le voir. Croyez, Messieurs, que je n'exagère pas en disant cela. Permettez-moi de relire quelques attendus du jugement qui condamne le D^r Laporte :

« — Attendu qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la malade dont il laissait les jambes basses le long du lit!!!

— Attendu que se trouvant en présence d'une opération grave, la crâniotomie, qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant.....

— Attendu, de plus, qu'en pratiquant la crâniotomie, il a fait preuve d'une impéritie et d'une *ignorance* manifeste des choses que tout homme de l'art doit savoir;

— Attendu que... les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale autant que possible maintenue par la main d'un aide, placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu de la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche. (Heureusement pour mon ancien chef de clinique, le tribunal ne l'a pas vu opérer il y a quelques jours.)

— Attendu que ces règles, prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés, sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en main, comme Laporte, un instrument, disent les experts, défectueux, difficile à manier et à diriger avec sûreté et dont les échappées étaient à craindre; or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations

nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter, des dames Houbert et Delanoé qui étaient auprès de la parturiente.... »

Je m'arrête, Messieurs. Ce que je viens de vous lire doit vous suffire pour vous prouver que je ne m'avançais pas trop en disant que le tribunal, en libellant son jugement, s'était livré à l'exercice illégal de la médecine légale, car bien des attendus sont pris en *dehors du rapport des experts*. C'est le tribunal qui reproche d'avoir laissé *pendre les jambes* ! C'est le tribunal qui accuse le D^r Laporte *d'ignorance* ! C'est le tribunal *qui indique et précise la position des mains et des doigts que doit avoir l'accoucheur pendant l'opération!!!*

Ah ! j'espère bien, Messieurs, que ce verdict, reposant sur ces arguments étranges, ne constituera qu'un accident judiciaire qui ne se reproduira plus et que vont réparer bientôt d'autres juges plus éclairés. Et déjà je leur dis :

Le D^r Laporte avait le *droit* et le *devoir* de pratiquer l'opération : le droit, de par son diplôme ; le devoir, de par ce principe classique qui domine toute l'obstétrique, à savoir que si l'on ne doit jamais intervenir sans une indication formelle, dès que cette indication existe, il faut la remplir sans aucune temporisation (1).

Or, l'indication existait-elle ? Personne ne le contestera, je suppose, étant donné que la femme était en travail depuis plus de deux jours, que deux applications de forceps

(1) PAJOT. Principe qui domine toute l'obstétrique. *Travaux d'obstétrique*,

régulières étaient restées infructueuses, que l'enfant était mort, et que la disproportion entre la tête et le bassin était aussi nettement établie. Devait-il temporiser, appeler un confrère, faire transporter cette femme dans une maternité, malgré sa volonté? Mais déjà il est plus que probable que l'on avait trop attendu avant d'intervenir. Il est certain, en tout cas, que tout retard ne pouvait être que dangereux.

On lui a reproché de n'avoir pas d'instrument pour pratiquer la craniotomie. C'est une erreur. Il en avait un, peu commode je le veux bien, mais enfin, il en avait un, fait exprès pour pratiquer cette opération : le craniotome dont est pourvu tout forceps de Levret. Ne parvenant pas à perforer le crâne avec son craniotome, il demande, après réflexion, et s'appuyant sur des souvenirs classiques, si l'on ne pourrait mettre à sa disposition un instrument piquant. Et on lui apporte la fameuse aiguille à matelas, longue de 21 centimètres et large de 5 millimètres. Horreur, disent les commères. C'est un instrument trop ténu, difficile à manier, défectueux, disent les experts. Mais que disent les maîtres?

« La craniotomie s'exécute avec les ciseaux de Smellie ou un instrument fort et piquant *quel qu'il soit* », a dit, répété, pendant quarante ans, et écrit le professeur Pajot (1).

Est-ce que, maintenant, on va venir mesurer le diamètre des instruments employés par les opérateurs, accoucheurs ou chirurgiens?

(1) PAJOT. *Travaux d'obstétrique*, p. 26.

Mais il pratiquait cette opération pour la première fois ! Eh bien, c'est une faute de pratiquer une opération pour la première fois ? La version qu'il a pratiquée sur une femme X... était aussi sa première version. Il a donc eu tort de la faire ? — Il n'avait pratiqué cette opération que sur des fœtus morts et des mannequins ! Mais, est-ce qu'on apprend la médecine opératoire sur les vivants ?

Je ne saurais trop protester contre toutes ces allégations qui, si elles ne sont pas à proprement parler, des accusations, n'en vont pas moins à l'encontre de l'exercice de la médecine dans toute sa plénitude.

Vous, jeunes confrères qui m'écoutez, qui bientôt, demain peut-être, vous trouverez en face de cas semblables, quand vous serez seuls, loin de tout aide et de tout secours, allez hardiment, forts de votre science et de votre conscience. Ne songez qu'au salut des êtres qui vous sont confiés. N'ajoutez pas à votre émotion, à vos angoisses de débutant, la crainte d'être accusés d'inexpérience, car alors votre volonté pourrait tituber, votre main n'aurait plus la sûreté voulue, ou peut-être encore seriez-vous amenés à commettre cette lâcheté de désertir le champ de bataille, de mettre en pratique, suivant la poignante expression de M^e Henri Robert : « *La théorie du laisser mourir.* »

La véritable accusation a fini, en audience, par se réduire à ceci : le Dr Laporte a été condamné pour avoir, à l'aide d'une aiguille à matelas non dirigée, provoqué une perforation utéro-vésico-péritonéale. J'adjure les ma-

gistrats devant qu'il reparaitra bientôt de se faire donner la preuve :

1° Que la perforation n'a pas été spontanée ;

2° Que la perforation n'est pas le résultat d'un accident opératoire ;

3° Que la perforation de la vessie est bien due à une seule piqûre d'aiguille.

Quant à moi, je m'adresse aux accoucheurs du monde entier et je leur pose les questions suivantes :

1° Doit-on accuser « d'inhabileté et de maladresse » le médecin qui a fait quatre applications de forceps dans un rétrécissement du bassin et plusieurs tentatives de craniotomie sans déterminer la moindre lésion de la vulve, du vagin et de l'orifice utérin ?

2° Après avoir lu le rapport du Dr Socquet, pensez-vous qu'on puisse en tirer une conclusion ferme, scientifique en un mot ?

3° Une aiguille à matelas, longue de 21 centim. $1/2$, large de 5 millim., a-t-elle pu, en une seule fois, déterminer au niveau de la vessie, sur la femme vivante : deux perforations, situées à peu près sur la même ligne horizontale, à 4 centimètres l'une de l'autre, perforations à peu près circulaires quand la paroi est relâchée et mesurant 2 centimètres de longueur ?

Et maintenant que j'en ai fini avec cette trop longue leçon, leçon pénible, mais nécessaire, laissez-moi constater le bien fondé de ce dicton : « A quelque chose malheur est bon ». Si l'on a pu et si l'on peut, non sans raison souvent, gloser sur l'*invidia medicorum*, c'est ave

bonheur que je viens de voir surgir, de sentir les vifs sentiments de solidarité qui animent le corps médical, quand l'un de ses membres est injustement malheureux. Aussi, en terminant, j'adresse à tous ceux qui, de loin comme de près, m'ont donné leur approbation, prodigué leurs encouragements — et que je n'ai pu remercier personnellement — l'expression de mes sentiments de cordiale sympathie et de confraternité.

TRAITEMENT DES TRANCHÉES UTÉRINES

En cas de tranchées utérines, on doit poser en principe qu'avant toute médication il est nécessaire de vider la vessie, soit naturellement, ce qui vaut mieux, soit par un cathétérisme, puis d'administrer un lavement évacuant.

S'agit-il, comme c'est presque toujours le cas, de tranchées d'ordre réflexe ? C'est à l'opium qu'on s'adressera. La poudre de Dower (50 centigrammes en trois fois), l'élixir parégorique (60 à 80 gouttes en trois fois), les injections hypodermiques de morphine rendront des services. Mais le traitement classique par excellence est le lavement laudanisé, qui peut se formuler ainsi :

Lau bouillie.....	40 gr.
Laudanum.....	xv gouttes

Ces préparations opiacées, surtout la dernière, réussissent le plus souvent, mais elles ont quelquefois l'inconvénient d'amener un peu de constipation. Aussi, certains préfèrent-ils à l'opium d'autres hypnotiques, le chloral, le

bromure de potassium et surtout l'antipyrine, qui peut se prescrire soit en potion :

Antipyrine.....	3 gr.
Sirop de bromure de potassium du codex.....	30 —
Hydrolate de feuilles d'oranger...	60 —

à prendre dans la journée ;
soit sous forme de lavement :

Antipyrine.....	2 gr.
Eau bouillie.....	120 —

L'extrait de *viburnum prunifolium* possède aussi une action sédative marquée :

Extrait fluide de <i>viburnum prunifolium</i>)	à 15 gr.
Extrait fluide d' <i>hydrastis canadensis</i> .)	

XX gouttes, toutes les deux heures, dans une boisson chaude.

Il sera aussi utile d'appliquer sur le ventre des serviettes chaudes *propres* destinées à remplacer le vieux et septique cataplasme.

Si les tranchées tenaient à la rétention de caillots, l'*expression utérine*, tentée dans l'intervalle des coliques, pourra, bien des fois, rendre de grands services en vidant mécaniquement l'utérus. Les *injections vaginales chaudes* de 45° à 48° agiront dans le même sens, en faisant contracter le muscle utérin.

Si les coliques ne cédaient pas, on aurait recours aux *injections intra-utérines* faites avec prudence et à faible pression.

(D'après *Gazette hebdomadaire*.)

Le Gérant : G. STEINHEIL.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Décembre 1897.

SOMMAIRE

Mécanisme des ruptures du périnée. (Etude des moyens pour les éviter), par le Dr WALLICH.....	385
Traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air (<i>suite et fin</i>), par le Dr ABEL CONTAL.....	400
Traitement rationnel et clinique de la pneumonie catarrhale des enfants (d'après J. VIDAL PUCHALS).....	411
Table des matières.....	415

MÉCANISME DES RUPTURES DU PÉRINÉE

(Étude des moyens pour les éviter.)

Par le Dr V. WALLICH.

Connaître le mécanisme des ruptures du périnée, c'est connaître les moyens de les éviter dans le plus grand nombre des cas.

Le périnée et la vulve peuvent se rompre, au lieu de se dilater au passage des parties fœtales les plus volumineuses : la tête et les épaules. Rappelons que les ruptures périnéales peuvent être plus ou moins étendues, plus ou moins profondes, on les distingue au point de vue classique en rupture *complète* et rupture *incomplète*. La pre-

mière est celle qui de la commissure postérieure de la vulve s'étend jusqu'à l'anus et son sphincter. La déchirure se produit ordinairement du bord libre de la commissure postérieure de la vulve, de la fourchette vers l'anus. Exceptionnellement se produit ce qu'on appelle la *rupture centrale*, c'est-à-dire l'éclatement du périnée, s'amincissant et se rompant en un point éloigné de la fourchette et de l'anus. Dans ces ruptures le travail de déchirure commence souvent par la muqueuse vaginale et les parties profondes du périnée, avant de devenir apparent à la surface.

Dans les ruptures communes, c'est la fourchette qui cède, d'abord en un point très limité, puis la déchirure s'étend comme dans l'étoffe qu'on déchire, suivant la comparaison de Pajot.

Les circonstances dans lesquelles se produisent ces ruptures peuvent être ramenées à deux principales :

1° Les parties fœtales sont trop volumineuses ou mal dirigées.

2° Le périnée n'est pas normal.

Nous étudierons le mécanisme des ruptures périnéales dans ces deux cas, mais après avoir rappelé le mécanisme naturel de la sortie de la tête première et des épaules.

I

LA SORTIE NATURELLE DE LA TÊTE PREMIÈRE DANS LE DERNIER TEMPS DE L'ACCOUCHEMENT

Tableau clinique. — Regardons accoucher une primipara chez qui la période d'expulsion est assez avancée.

Les contractions utérines sont fréquentes et violentes ; chacune de ces contractions est accompagnée d'une vigoureuse poussée abdominale. La tête a accompli son mouvement de rotation, l'occiput est sous le pubis. A chaque contraction la tête s'avance, écartant les lèvres de la vulve, et distendant le périnée qui, suivant l'expression habituelle, *bombe*. Puis la contraction cesse, la tête disparaît dans la profondeur, les lèvres se rapprochent, le périnée revient sur lui-même, et cela, jusqu'à la nouvelle contraction, où les mêmes phénomènes recommencent. La tête alors saille de nouveau pour disparaître ensuite.

Après un certain nombre de saillies dans le périnée et de disparitions dans la profondeur, la tête a de plus en plus gagné du chemin, elle a dilaté les parties molles devant elle, et à un moment donné, après une vigoureuse poussée, *elle ne rentre plus*. L'orifice vulvaire n'est pas encore suffisamment dilaté pour se laisser traverser, mais il est béant, aminci, exactement appliqué sur la tête. Celle-ci est coiffée par le périnée distendu, formant une bosse considérable pouvant mesurer 14 à 15 centimètres du coccyx à la vulve, l'anus est étalé, on aperçoit la muqueuse de la paroi antérieure du rectum (1).

La contraction finie, la femme ne retrouve plus le calme qu'elle éprouvait après la contraction, quand la tête sortait et rentrait. Maintenant que la tête ne rentre plus, la par-

(1) D'après VARNIER (Thèse de Paris, 1888), il y a en moyenne dans l'ampliation du périnée : 7 centimètres du coccyx à l'anus ; l'anus étalé à un 1 cent. et demi, il y a 6 à 7 centimètres entre l'anus et la vulve.

turiente éprouve une sensation de plénitude douloureuse au périnée, de déchirement : elle s'agite, crie, pousse même sans douleur.

A chaque nouvelle contraction, et sous l'influence de la poussée, la tête pointe dans l'orifice vulvaire qui s'élargit de plus en plus. La tête s'avance à travers cet orifice et paraît remonter au-devant du pubis. Tout à coup, sous l'influence d'une poussée violente, la tête se relève brusquement, l'occiput venant pour ainsi dire heurter le pubis, la face est sortie, le périnée s'est retiré en arrière derrière la tête, qui est dehors face en bas, occiput en haut, le cou enserré par la vulve.

Arrêtons ici notre description de ce qu'on a appelé la *période de désespoir*, et recherchons l'explication des différents phénomènes auxquels nous venons d'assister.

Interprétation physiologique. — Ces phénomènes peuvent être envisagés dans deux périodes : 1° celle où la tête exécute des mouvements de va-et-vient, paraît et disparaît, 2° celle où la tête reste fixée.

Dans la première période, la tête cherche à sortir de l'excavation du bassin osseux, à traverser le détroit inférieur osseux, qui, ainsi que l'ont démontré MM. Farabeuf et Varnier, n'oppose de résistance que par les solides parties musculaires, qui le ferment, constituées par le releveur coccy-périnéal, dont les fibres les plus importantes appartiennent au releveur de l'anus. Quand la tête ne rentre plus, elle a vaincu la résistance du détroit inférieur musculaire, elle ne rentre plus parce qu'elle est main -

nue en avant par le pubis, qui appuie sur l'occiput, et en arrière par le coccyx, qui appuie sur le front. La tête coiffée du périnée, où elle s'est creusée une véritable loge, n'a plus que l'orifice vulvaire à traverser, elle est dans ce que M. Pinard a appelé *le bassin mou*. Dans ses mouvements de va-et-vient la tête, suivant Varnier, a présenté à l'orifice pubo-coccygien des circonférences de plus en plus grandes. D'abord la circonférence sous-occipito-bregmatique, puis la circonférence sous-occipito-frontale, et ce n'est que quand cette dernière a franchi l'espace pubo-coccygien que la tête n'est plus rentrée.

Pour la traversée de l'orifice vulvaire, c'est le même mécanisme. Il faut qu'il soit traversé par la circonférence sous-occipito-bregmatique de la tête, puis par la circonférence sous-occipito-frontale qui procure à l'orifice vulvaire son maximum de dilatation, puis celui-ci revient en arrière, en vertu de son élasticité. Comme l'ont si bien établi MM. Farabeuf et Varnier, la tête a accompli un double mouvement de PROGRESSION et de DÉFLEXION.

La PROGRESSION est facile à constater, puisque au début de la période que nous étudions, la tête est dans le bassin où elle entre et sort, et le front se trouve logé dans la concavité du sacrum. Quand la tête reste fixée, l'occiput est non plus en arrière du pubis mais sous le pubis, le front est alors au niveau du coccyx. Enfin quand la tête traverse l'orifice vulvaire, l'occiput est *devant* les pubis, la fontanelle antérieure d'abord, puis le front, correspondent à la commissure postérieure de la vulve. La tête a donc fait du chemin en avant, elle a *progressé*.

LA DÉFLEXION de la tête est aussi évidente, puisque l'occiput s'est déplacé d'abord sous le pubis, puis en avant du pubis, et que le front s'est relevé pour parcourir le chemin compris entre le coccyx et l'orifice vulvaire, puisque enfin la tête est sortie alors que le tronc est encore dans les parties maternelles. La tête d'abord fléchie, le menton appuyé sur le sternum, s'est donc relevée, *défléchie*.

SORTIE NATURELLE DES ÉPAULES APRÈS LA TÊTE PREMIÈRE

Quand la tête est au dehors, il reste encore l'expulsion ou l'extraction des épaules, qui peut entraîner la rupture d'un périnée demeuré intact au passage de la tête, ou accentuer une rupture déjà commencée.

Après la sortie de la tête on la voit subir un mouvement de rotation, qui porte l'occiput latéralement vers une des cuisses de la femme. Ce mouvement de la tête est l'expression d'un mouvement du tronc. Le tronc, en effet, pendant que la tête était encore dans les parties maternelles en occipito-pubienne, se trouvait transversalement placé dans le bassin. La tête sortie les épaules viennent se placer dans le sens antéro-postérieur, pour traverser le bassin mou et la vulve.

Le diamètre bis-acromial va franchir l'orifice vulvaire. Si ce diamètre occupe à ce moment l'espace compris entre le pubis et la fourchette, il demande à la vulve une distension assez grande, que celle-ci, dans bien des cas, ne pourrait supporter, aussi naturellement les deux épaules ne sortent pas d'une façon simultanée mais successive : d'abord l'épaule antérieure s'avance sous et au-devant

du pubis, et alors seulement qu'elle est dehors, l'épaule postérieure franchit la fourchette. Mais nous verrons qu'il ne faut pas trop compter sur l'accomplissement spontané de ce mouvement.

Nous connaissons maintenant le mécanisme régulier, par lequel la tête première et les épaules sortent des parties molles maternelles, nous comprendrons mieux le mécanisme de leur sortie anormale, entraînant, au lieu d'une dilatation, des ruptures périnéales.

Cette sortie pourra être rendue irrégulière, soit par l'*anomalie de la tête*, trop volumineuse ou mal dirigée, soit parce que *le périnée est altéré* dans sa texture ou vicieusement situé.

II

MÉCANISME DES RUPTURES QUAND LES PARTIES FŒTALES SONT TROP VOLUMINEUSES OU MAL DIRIGÉES

I. — Parties fœtales trop volumineuses. — Si les parties fœtales, tête et épaules, présentent un volume anormal, exagéré par rapport à la dimension et à l'extensibilité des parties molles maternelles, s'il s'agit de très *gros enfants*, on pourra voir des déchirures périnéo-vulvaires se produire, même dans les meilleures conditions, alors que le périnée est en bon état, et que le fœtus est bien dirigé. Tout l'effort de l'opérateur devra tendre à limiter ces déchirures, en pratiquant soigneusement les précautions que nous indiquerons au paragraphe suivant.

Ces ruptures par excès de volume des parties fœtales

pourront se produire non seulement pendant l'expulsion degros enfants, mais aussi en cas de malformations fœtales, dans des cas d'*hydrocéphalie* méconnue, ayant pu traverser le bassin, et dans des cas d'*encéphalocèle* ; mais ce sont là des cas exceptionnels, les ruptures périnéales seront plus fréquentes dans les cas où les parties fœtales d'un volume normal seront mal dirigées pendant leur sortie.

II. — Ruptures par mauvaise direction des parties fœtales pendant leur sortie. — Il y aura mauvaise direction des parties fœtales, toutes les fois que ces parties fœtales tendront à traverser le périnée et la vulve, en s'écartant des conditions normales que nous avons étudiées plus haut : il faut que la tête et les épaules se présentent *progressivement* aux orifices à traverser par leurs plus *petites circonférences*. Il y aura donc anomalie de la sortie du fœtus et danger de rupture périnéale, par mauvaise direction des parties fœtales, toutes les fois que ces parties seront expulsées ou extraites :

a) Non progressivement, mais avec brusquerie.

b) En présentant leurs plus grandes circonférences.

1° RUPTURES PAR SORTIE TROP BRUSQUE DES PARTIES FŒTALES. — a) Le cas le plus ordinaire est celui où la femme pousse d'une façon immodérée, au moment où la fontanelle antérieure paraît à la commissure postérieure de la vulve. A ce moment l'orifice vulvaire doit être traversé par la circonférence sous-occipito-bregmatique, puis par la circonférence plus grande sous-occipito-frontale ; il faut que ce mouvement s'accomplisse sans brusquerie, et qu'

y ait, si l'on peut dire, une pause entre la traversée de l'orifice vulvaire par la circonférence sous-occipito-bregmatique, et la traversée de cet orifice par la circonférence sous-occipito-frontale, plus considérable. En pratique cette pause est facile à obtenir, on n'a qu'à observer la conduite recommandée par M. Pinard à la clinique Baudelocque.

Lorsque la tête reste fixée dans le périnée qu'elle distend, lorsqu'elle n'exécute plus ses mouvements de va-et-vient, de rentrée et de sortie dans le bassin, on prévient la femme, qu'il va bientôt venir un moment où on lui défendra de pousser, qu'alors elle devra ouvrir la bouche pendant la douleur, afin qu'elle ne puisse faire aucun effort. Ce résultat du reste est obtenu par la nature seule, car le plus souvent la femme, même non prévenue, pousse, au moment de la douleur, un cri violent et prolongé caractéristique, qui tranche sur la période silencieuse d'efforts exercés à chaque douleur depuis que la dilatation est complète, et qui diffère aussi des gémissements plaintifs de la période de la dilatation.

Quel est donc le moment précis où il faut empêcher la femme de pousser ? — C'est lorsqu'on sent la fontanelle antérieure poindre à la commissure postérieure de la vulve. Il faut à ce moment non seulement interdire de pousser, mais encore de la main droite, l'accoucheur étant placé à gauche de la femme, doit maintenir énergiquement la tête, non pas au point de l'empêcher de progresser peu à peu sous l'effort de l'utérus seul, mais il faut être prêt à

résister à l'effort d'une poussée abdominale s'il s'en produisait une inopinément, malgré les avertissements, et malgré la défense.

La contraction utérine est terminée, la tête a dilaté la vulve de toute sa circonférence sous-occipito-bregmatique, la femme souffre et crie, mais la tête est arrêtée, pendant un court espace de temps qu'il faut mettre à profit. Pendant que la main droite maintient solidement la tête contre toute poussée imprévue, la main gauche refoule en arrière derrière l'occiput la commissure antérieure de la vulve, puis repousse en arrière une lèvre puis l'autre, découvrant ainsi successivement une bosse pariétale, puis l'autre. Si la contraction utérine ne vient pas trop vite, on refoule en arrière la commissure postérieure, on décalotte pour ainsi dire la tête, en refoulant la fourchette et le périnée, suivant une expression heureuse, comme une capote de cabriolet.

Dans toute cette période l'accoucheur doit agir et commander énergiquement, il doit lutter contre ce que la poussée utérine ou abdominale pourrait avoir d'excessif, *il doit régler véritablement la sortie de la tête.*

b) *Application du forceps.* — Quand le forceps a été appliqué, et qu'on procède à l'extraction, on peut se trouver dans les derniers temps de l'accouchement dans deux circonstances : ou bien la femme est en état de pousser, ou bien il faut faire l'extraction soi-même.

Lorsque la femme est en état de pousser, la conduite ne diffère pas de celle que nous avons exposée plus haut

dans l'accouchement naturel. Il faut encore *régler la sortie*, empêcher les efforts excessifs, *maintenir au lieu de tirer* pendant les poussées, et l'on peut dire que l'on a une prise plus solide avec le forceps pour diriger la sortie.

Quand la femme est endormie, ou dans l'impossibilité de pousser, il faut terminer l'extraction par des tractions lentes et progressives, en suivant scrupuleusement la direction indiquée par les branches du forceps Tarnier, et en mettant une pause entre la sortie de la circonférence sous-occipito-bregmatique et celle de la sous-occipito-frontale.

On peut ne pas retirer dans cette dernière période les branches du forceps, comme le conseillait M^{me} Lachapelle; l'épaisseur de l'instrument est, quoi qu'on en dise, négligeable, et l'on peut être surpris par une sortie brusque pendant qu'on enlève l'instrument.

Ce dont il faut se garder pendant cette dernière période de l'accouchement par le forceps, c'est de tirer pendant les poussées utérines et abdominales.

c) *Sortie des épaules.* — Que la tête première ait été expulsée spontanément, ou extraite, il faut veiller à ce que les épaules ne sortent pas brusquement et simultanément, nous avons vu pourquoi. Il est préférable d'inviter la femme à ne pas pousser, et de procéder à l'extraction du tronc.

La tête est saisie par l'index et le médius de chaque main s'appliquant en fourche d'un côté sur l'occiput, de l'autre côté sur les branches du maxillaire. On fait accomplir à cette tête un mouvement de rotation pour amener

l'occiput vers une des cuisses de la mère, celle vers laquelle on le conduit le plus facilement. Lorsque la tête est ainsi latéralement placée, on tire en bas de façon à amener au-dessous du pubis l'épaule antérieure.

Lorsque celle-ci est bien évidente, on cesse de tirer en bas, on relève le fœtus et on tire en haut pour conduire l'épaule antérieure au-devant du pubis; ce mouvement entraîne l'épaule postérieure hors de la vulve. Cette manœuvre met à l'abri des ruptures périnéales au passage des épaules, ou du moins permet d'effectuer ce passage dans les meilleures conditions possibles, et d'éviter ainsi l'extension facile d'une éraillure vulvaire qui aurait pu se produire au passage de la tête. Cette manœuvre doit être exécutée dans tous les cas, et il faut de parti pris ne pas laisser la sortie des épaules s'effectuer spontanément.

d) *Sortie de la tête dernière.* — L'extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau, dans l'extraction du siège à la fin de la version, doit être pratiquée avec *lenteur* et d'une façon progressive, afin de ménager le périnée et la vulve, d'autant mieux que cela peut s'exécuter sans danger pour le fœtus. En effet, le périnée et la vulve ne courent des risques d'être déchirés par une extraction trop brusque, qu'à partir du moment où la bouche est arrivée à la commissure postérieure de la vulve. Dans cette sortie de la tête dernière la circonférence sous-occipito-frontale la plus grande sort avant la sous occipito-bregmatique plus petite; il faut donc procéder avec précaution à la sortie de la partie fœtale la plus volumineuse

Nous verrons plus loin, à propos des ruptures par direction vicieuse, quelles sont les autres précautions à prendre? Pour le moment, contentons-nous de recommander la lenteur dans l'extraction; lorsque la bouche est à l'extérieur, cette lenteur est sans danger pour le fœtus puisqu'il peut respirer.

2° RUPTURES DÉPENDANT D'UN VICE DE DIRECTION DE LA TÊTE. — La tête peut être vicieusement dirigée dans sa traversée du périnée et de la vulve, et par cela être cause de rupture; nous examinerons les ruptures par direction vicieuse de la tête première, et celles par direction vicieuse de la tête dernière.

Direction vicieuse de la tête première. — Dans la présentation du *sommet* nous avons vu le mécanisme normal de la sortie de la tête, à travers le bassin mou et la vulve, être exécuté par un mouvement de progression faisant avancer la tête, et par un mouvement de déflexion lui permettant de ne demander aux parties molles une dilatation que pour ses circonférences sous-occipito-bregmatiques, et sous-occipito-frontales. Ces mouvements de progression et de déflexion sont heureusement combinés d'une façon naturelle, mais s'ils sont dissociés, si la progression se fait sans déflexion suffisante, comme dans une application de *forceps* à traction mal dirigée, au lieu d'offrir à l'orifice vulvaire les circonférences précitées, on y conduit des circonférences plus considérables de la tête passant non plus par le sous-occiput, mais par l'occiput, les circonférences maxima *occipito-bregmatiques* et *occipito-frontales*.

- Il faut donc, dans l'extraction de la tête à l'aide du forceps, se rapprocher du mécanisme naturel, et exécuter à la fin de l'extraction le mouvement de progression et de déflexion de la tête, si l'on se sert du forceps Levret. Le forceps Tarnier présente l'immense avantage d'indiquer exactement à l'opérateur la direction à suivre dans ses tractions.

Dans la présentation du sommet en *occipito-sacrée* la tête se trouve vicieusement dirigée, au point de vue de la production des ruptures périnéales, parce qu'elle dilate l'orifice vulvaire plus que dans les occipito-pubiennes; la circonférence maximum qu'elle présente à cet orifice n'est pas la circonférence *sous-occipito-frontale*, mais la circonférence occipito-frontale plus considérable.

Malgré cela si l'on règle bien la sortie, et si les tissus sont souples, on pourra ne pas avoir de ruptures, ou seulement des déchirures légères des parties molles maternelles.

Dans la présentation de *la face*, la sortie de la tête à travers les parties molles s'accomplit par un mouvement de *progression* de la tête associé à un mouvement de *flexion* de celle-ci. Ce mouvement de flexion doit s'exécuter lorsque le menton a franchi le pubis, de façon à ce que la tête franchisse la vulve, en la faisant dilater pour des circonférences *sous-mento-bregmatiques* et *sous-mento-occipitales*, moins volumineuses que les circonférences passant par le menton même, au lieu de passer par la région *au-dessous* du menton.

Direction vicieuse de la tête dernière. — Sauf les cas

exceptionnels de fœtus très petits, sortant spontanément la tête dernière, l'extraction de la tête dernière est toujours pratiquée artificiellement à l'aide de la manœuvre de Mauriceau, et la mauvaise direction imprimée à la tête pour sa sortie doit être imputée à l'opérateur. Nous avons déjà dit plus haut, qu'il fallait prendre son temps et dilater progressivement le périnée et la vulve, quand on avait amené la bouche du fœtus au niveau de la commissure postérieure vulvaire; nous pouvons ajouter que, pour conserver l'intégrité du périnée, il faut bien diriger la tête dans ce dernier temps de l'extraction.

La sortie de la tête dernière s'accomplit par un mouvement de *progression* et de *flexion* (ce n'est plus la *déflexion*; voir les belles figures de l'ouvrage de MM. Farabeuf et Varnier). Le mouvement de flexion, on le fait exécuter à la tête à l'aide des doigts introduits dans la bouche, et par le relèvement du tronc au-devant du pubis et du ventre de la mère. Ce mouvement de flexion de la tête dernière a le même but que le mouvement de *déflexion* de la tête première, c'est de présenter aux parties molles et à l'orifice vulvaire des circonférences passant par le sous-occiput, et non pas par l'occiput, la circonférence sous-occipito-frontale au lieu de la circonférence occipito-frontale.

Or si l'opérateur, au lieu d'exécuter ce mouvement de flexion, n'opère que le mouvement de progression, il entraîne l'occiput sous le pubis, et il arrive un moment où la vulve est distendue de l'occiput au front, au lieu de

la distension moins considérable, par la circonférence dont le diamètre va du sous-occiput au front. C'est là une faute banale, cause de bien des déchirures du périnée. L'opérateur nerveux, arrivé à la fin de son opération, se laisse emporter par la hâte de la terminer. Ou bien il agit dans la bonne direction, mais trop vite, comme nous l'avons déjà vu ; ou bien il agit dans la mauvaise direction, et néglige d'exécuter son mouvement de flexion de la tête ; au lieu de la faire évoluer autour du pubis, il la tire vers lui, entraînant et brisant devant lui la dernière résistance, les parties molles maternelles. *(A suivre.)*

TRAITEMENT DES INFECTIONS DE L'ENFANT PAR L'EXPOSITION A L'AIR

Par le Dr **Abel Contal** (1).

Thérapeutique des infections de l'enfant par l'air et le soleil.

L'air et le soleil ont donc sur l'organisme humain une action favorable par deux procédés, d'une part en épurant l'atmosphère, qui contient alors le minimum possible de germes vivants et de poisons chimiques, et d'autre part, en activant la nutrition. On peut donc dire que grâce à eux on diminue les attaques que subit l'organisme et en même temps on renforce la défense. Aussi, surtout depuis

(1) Voir n° d'octobre, p. 312.

les travaux bactériologiques; on a cherché à appliquer ces notions à la thérapeutique des maladies. C'est surtout dans la tuberculose que l'aérothérapie a donné de bons résultats. Dans les sanatoria, on fait reposer le phtisique au grand air, le jour dans une véranda ouverte, la nuit dans une chambre aux fenêtres ouvertes. Bien couvert, il ne souffre pas du froid.

L'aération permanente, préconisée par Raulin, Brehmer, Bennett, Peter, Dettweiler, a été appliquée dans les sanatoria de Falkenstein, Davos, Leysin, et du Vernet. Les kiosques et galeries, exposés au sud-ouest, sont éclairés par le soleil, depuis avant midi, jusqu'au coucher. Ils sont ouverts, sauf en cas de coup de vent.

On évite d'exposer les malades au soleil. M. Sabourin insiste sur la nécessité de la cure à l'ombre. Les malades doivent être dans une région ensoleillée, mais jamais ils ne sont exposés directement aux rayons du soleil. Cette exposition au soleil suffirait à entretenir la fièvre, et même à la provoquer, sans compter les accidents congestifs généraux (céphalalgie, inappétence, congestions pulmonaires, hémoptysies).

Cette aérothérapie a donné de bons résultats dans la tuberculose, et tant que nous n'aurons pas la médication spécifique, ce sera le meilleur traitement du phtisique.

Comment peut-on s'expliquer l'action de l'aérothérapie dans la tuberculose? Évidemment, l'air ne peut agir qu'en activant les échanges nutritifs, en augmentant l'appétit, par conséquent en favorisant l'augmentation du poids, si

précieuse à réaliser dans la phtisie, et en facilitant les éliminations. Par là, la phagocytose est activée, et l'organisme favorisé dans sa lutte.

Ce traitement, qui a donné de si beaux résultats dans l'infection tuberculeuse, même à la période des infections secondaires associées, peut être avantageusement employé dans d'autres affections, et en particulier pour le rachitisme l'action curatrice de l'air et du soleil a été bien démontrée.

« Le confinement dans les lieux privés d'air et de lumière, bas, froids, humides, dit M. Marfan, dans son article *Rachitisme* du *Traité de médecine et de thérapeutique* (1), est une cause prédisposante certaine. » Ceci nous explique la fréquence du rachitisme dans les pays du nord et sa fréquence dans certaines saisons (Elsässer, Ritter, Vogel, Kassowitz, Fischl). Le rachitisme est surtout fréquent au printemps, rare à l'automne. Ceci s'explique, dit Vogel, parce que le séjour en hiver, dans des chambres closes et mal aérées, l'a causé; et le séjour en plein air en été l'a guéri.

Kassowitz a montré que le nombre des rachitiques s'élève en janvier; le maximum est en mars, avril, mai.

En juin et juillet le nombre décroît, et la courbe est très basse en octobre, novembre. En décembre elle remonte de nouveau.

(1) *Traité de médecine et de thérapeutique*, de MM. BROUARDEL, GILBERT et GIRODE, t. III.

Fischl (1) a montré de même cette disparition remarquable du rachitisme en été, quand les enfants pauvres vivent à l'air, dans la rue et dorment la nuit les fenêtres ouvertes.

En 1883, il compte dans le premier semestre, 26,4 p. 100 de rachitiques; et dans le second, seulement 18,6 p. 100.

La scrofule est fréquente aussi dans les habitations sombres et sans air.

C'est en s'appuyant sur ces faits, que M. le Professeur Hutinel a eu l'idée d'employer, dans les infections lentes et subaiguës de l'enfant, le traitement par l'air. Ce qui fait la gravité de la syphilis héréditaire, c'est que sur ce terrain débilité viennent se greffer des infections secondaires qui donnent bientôt le tableau de l'athrepsie. En effet, c'est à tort que Parrot avait voulu faire de l'athrepsie une entité morbide; ce n'est en réalité que l'aboutissant des infections diverses et mixtes le plus souvent. Ce qui fait également la gravité des fièvres éruptives, et en particulier de la rougeole à l'hôpital, c'est la fréquence des infections associées, qui évoluent en même temps que le germe morbilleux, ou après que celui-ci a desquamé la muqueuse et ouvert ainsi les portes d'entrée. C'est pourquoi la rougeole est si grave à l'hôpital alors qu'elle l'est relativement peu en ville et à la campagne.

Dans les hôpitaux et notamment aux « Enfants-Assistés », la mortalité par rougeole a beaucoup diminué dans

(1) Einfluss der Jahreszeit auf die Frequenz der Rachitis. *Prager med. Woch.*, 1888, n° 4.

ces dernières années, depuis qu'on a pris le parti d'isoler systématiquement les enfants atteints de rougeole anormale, ceux dont la température ne tombe pas franchement, ceux qui ont des foyers de broncho-pneumonie, ceux aussi qui, sans localisations précises, ont cet aspect des infections graves, généralement à streptocoques, avec les lèvres fissurées, la sécheresse de la bouche, la dyspnée sine materia, les érythèmes infectieux.

Elle a diminué aussi grâce à la désinfection fréquente des salles, qui sont de petits pavillons, renfermant cinq à six malades en moyenne. Ces pavillons sont désinfectés tous les quinze jours, et pour cela, pendant vingt-quatre heures on ouvre complètement les portes et les fenêtres pour faire pénétrer l'air et le soleil (1). Cette précaution est surtout indispensable quand un pavillon a renfermé une série de rougeoleux infectés. Y mettre des rougeoles bénignes sans désinfection préalable serait les exposer à une mort certaine, car ces complications, comme le répète M. Hutinel, sont aussi contagieuses que la rougeole même. Cette même désinfection, M. Hutinel la fait faire pour les box de son service de médecine où ont été soignées des broncho-pneumonies. C'est ainsi que malgré le jeune âge des enfants, malgré les mauvais antécédents héréditaires, la mortalité est bien moins élevée qu'avant ces pratiques antiseptiques.

Mais ces désinfections sont avant tout des mesures prophylactiques, plus que thérapeutiques.

(1) TH. GLAISE. *Rougeole aux Enfants-Assistés*, 1896.

M. Hutinel a été plus loin, et il emploie maintenant systématiquement, dès l'arrivée de la belle saison, ce traitement des syphilitiques, et des infections prolongées de la rougeole et de la coqueluche, par l'exposition à l'air. Depuis deux ans que ce traitement est en usage à l'hospice des Enfants-Assistés, on en a obtenu les meilleurs résultats, et on a eu des cas presque désespérés de séquelles infectieuses de la rougeole qui ont guéri peut-être à l'aide de cette thérapeutique. Les enfants sont exposés à l'air à partir du mois de mai, quand le temps s'y prête. On les sort dès le matin, et on les laisse jusque vers cinq ou six heures du soir. Ils sont mis dans le jardin de l'hôpital, dans leur berceau. On les place à l'ombre, dans un endroit un peu abrité, et pour les prémunir de la trop grande lumière ou de la chaleur réfléchie, on dispose aux arbres des fils de fer supportant des rideaux qui délimitent pour ainsi dire une petite chambre ouverte en haut.

M. Hutinel a fait faire en outre une tente en toile, supportée par un piquet central, et d'autres s'écartant sur les côtés. La porte de la tente reste ouverte. L'enfant est donc protégé même par en haut, et l'air pénètre en avant par la porte ouverte.

Sous l'influence du séjour à l'air, le poids de l'enfant augmente, la quantité de lait absorbée est plus considérable et, même dans les cas suivis de mort, on voit que ce traitement n'a pas été sans effet. C'est ainsi que sur une de nos feuilles nous voyons qu'un petit syphilitique héréditaire, âgé d'un mois, qui diminuait régu-

lièrement de poids, et qui ne prenait que 50 gr. de lait à chaque tétée, après avoir été exposé à l'air, a absorbé d'abord 75 gr. à quelques-unes des tétés, puis presque régulièrement 100 gr. à chaque tétée. Aussi son poids de 3100 était-il remonté à 3120, 3140, 3170, mais les infections secondaires reprirent à ce moment le dessus; un volumineux phlegmon de la cuisse et du genou se forma. La température, qui était redevenue normale, remonta à 38°, et la mort s'ensuivit. Mais ce qu'il y a de frappant dans cette observation, c'est ce fait que l'enfant après l'exposition à l'air, absorba le double de ce qu'il prenait au commencement. De 350 gr., la quantité de lait prise dans les vingt-quatre heures se maintint jusqu'au moment de la mort à 650 ou 750 gr.

Dans une autre observation, nous voyons un enfant également syphilitique héréditaire, dont le poids n'augmentait que lentement en subissant des fluctuations, et qui avait une poussée congestive broncho-pulmonaire avec une élévation thermique au-dessus de 38°. L'enfant fut sorti toutes les fois que la température extérieure le permit, et à partir de ce moment son poids augmenta davantage et plus régulièrement. Il sortit de l'hôpital en bon état général le 7 août 1896; son poids était en augmentation, ce qui est un beau résultat pour un enfant d'un mois, taré de syphilis, et par là condamné à l'alimentation au biberon. Notons de plus qu'on ne fit pas chez cet enfant d'injections de sérum artificiel, et que par conséquent l'excitation apportée à la nutrition a pu

être attribuable uniquement aux bonnes conditions hygiéniques, et à l'aérothérapie.

Chez un enfant de six ans, qui, à la suite de la rougeole, avait fait des complications broncho-pneumoniques avec râles sous-crépitants, et des oscillations thermiques irrégulières jusqu'à 30 ou 40°, nous avons vu l'aérothérapie appliquée au 24^e jour de l'infection alors que la température était encore entre 38 et 39°. Le lendemain, le petit malade n'avait plus que 37° le soir et la température restait dès ce moment définitivement à la normale. L'enfant guéri sortait de l'infirmerie, le 9 juillet 1896, après quinze jours d'exposition à l'air.

Un enfant de trois ans cachectique et anémié, suspect de tuberculose, entra à l'infirmerie pour une broncho-pneumonie avec une température entre 38 et 39°. L'enfant avait des râles fins et une respiration soufflante au hile du poumon. La rate était grosse. On notait de la leucocytose et même l'existence de globules à noyaux. Au bout d'une vingtaine de jours, la température redevenait normale, et les phénomènes stéthoscopiques alarmants disparaissaient. Mais une quinzaine de jours après, cet enfant était pris de quintes manifestes de coqueluche; il avait une dizaine de fortes quintes par jour.

Le 2 juillet, à la coqueluche venait s'ajouter la rougeole dont l'éruption prenait, en raison des quintes, un aspect ecchymotique. Cette association de la coqueluche et de la rougeole, chez un enfant cachectique et ayant eu auparavant déjà une infection broncho-pulmonaire, pouvait être

de nature à assombrir le pronostic. Cependant la rougeole évolua normalement, et le 6 la température était de nouveau à 37°. A partir du 9 juin, l'enfant, dont les quintes de coqueluche continuaient, fut sorti tous les jours. La température resta alors normale et le nombre des quintes tomba d'une dizaine à trois ou quatre par jour.

Les quintes cessaient à partir du 20 août, et l'enfant sortait guéri le 19 septembre 1896.

Ainsi la guérison a eu lieu malgré l'assaut d'infections multiples (coqueluche, rougeole) et malgré la mauvaise qualité du terrain, sur lequel les germes s'étaient développés.

Nous rapportons aussi des observations de syphilitiques héréditaires, qui sont sortis de l'hospice avec une très légère augmentation de poids, ou même pesant moins qu'à l'entrée.

Ces observations à première vue ne semblent pas démonstratives, mais il faut savoir combien est grave la syphilis héréditaire dans ces conditions. Autant elle est curable, lorsque l'enfant est élevé au sein de la mère, autant elle est redoutable chez ces enfants qu'on ne peut donner à une nourrice. Parrot disait, dans une communication à l'Académie de médecine du 25 juillet 1882, que les nouveau-nés syphilitiques étaient voués à une mort presque certaine par athrepsie.

Si donc on arrive à faire absorber à ces enfants une plus grande quantité de lait, si on arrive à leur permettre de survivre au séjour à l'hospice, pour pouvoir ensuite le

expédier à la campagne, on aura obtenu un résultat incontestable, et alors que le poids n'augmente que très lentement si l'état général est bon, si on évite l'athrepsie, on sera redevable de ce résultat en partie à l'hygiène, et à l'influence vivifiante de l'air et du soleil. Ces moyens sont donc des adjuvants précieux dans la thérapeutique du rachitisme, de la syphilis héréditaire et des infections prolongées, suite des fièvres éruptives.

Mode d'action de l'aérophérapie.

On sait que l'air libre, même au voisinage d'une salle d'hôpital, est beaucoup moins riche en germes que l'air de cette salle. Il est aussi surtout plus pur chimiquement; et autant l'air chargé d'ozone peut aider l'organisme à triompher d'une infection; autant l'air pénétré de gaz volatils ou toxiques peut paralyser les efforts de l'organisme dans sa lutte contre l'envahisseur. C'est donc peut-être un peu par l'absence de germes que s'explique l'heureuse action de l'air pur. Certes, faire inhaler en abondance des germes mêmes saprophytes à un malheureux enfant qui n'a pas trop de toutes ses forces pour lutter contre ceux avec lesquels ils est aux prises, c'est le mettre en état d'infériorité notable. Nous savons par les travaux de Straus et Dubreuilh, de Straus et Wurtz, que si l'air d'une salle d'hôpital renferme par mètre cube 20,700 germes cultivables, ce même air au sortir d'une poitrine humaine n'en renfermerait plus que 40. C'est dire que l'organisme a retenu ce chiffre colossal de 20,000 bacté-

ries. Si la plupart sont saprophytes, ou peu virulents, il peut bien sur ce nombre s'en trouver quelques-uns de pathogènes; et de plus des microbes saprophytes peuvent devenir virulents dans un organisme sans défense.

Si l'homme normal triomphe de cette armée d'agresseurs, c'est que ses muqueuses aériennes sont tapissées d'un mucus bactéricide, de cils vibratils, c'est qu'une armée de phagocytes est accourue. Mais toutes différentes sont les choses chez un enfant malade, soit syphilitique, soit surtout rougeoleux. Ces affections ont produit des érosions, des desquamations des muqueuses respiratoires. Elles ont ouvert des portes d'entrée à l'infection et, d'autre part, elles ont diminué le nombre et la vitalité des phagocytes, déjà épuisés par une première lutte.

Donc il y a intérêt, peut-être plus encore chez l'enfant malade que chez l'enfant sain, à lui faire respirer un air aussi pur que possible, bactériologiquement et chimiquement.

Mais, nous avons vu que l'air pur a une action heureuse sur la nutrition, que, grâce à lui, l'assimilation des principes utiles se fait mieux, que la désassimilation des substances nocives est plus parfaite. Ce sont là des conditions excellentes pour lutter contre l'infection. C'est en effet ainsi qu'il faut comprendre cette action, et l'une de nos observations qui a trait à un syphilitique est assez démonstrative à ce point de vue. L'enfant, après le séjour à l'air, se nourrissait mieux et absorbait une quantité double de lait. L'aérothérapie n'est donc pas seuleme-

utile dans la tuberculose, elle est appelée à rendre de réels services dans beaucoup d'infections, surtout chez l'enfant et on peut dire que le soleil, l'air pur sont des stimulants plus énergiques de la nutrition, de l'hématose, et partant de la phagocytose, que nos moyens artificiels même les plus précieux, tels que les injections d'eau salée sous la peau.

Le traitement par l'air et le soleil est donc praticable non seulement à la campagne, mais à la ville. C'est pourquoi il est nécessaire, surtout dans les hôpitaux d'enfants, qu'il y ait de vastes jardins, avec des pelouses, où l'on pourra, dès que la saison le permettra, établir des tentes sous lesquelles les petits malades passeront toute la journée à l'air. Grâce à cela, grâce à l'aération fréquente et à la désinfection répétée des salles, qui doivent être exposées au soleil, on diminuera la mortalité infantile, et si malheureusement on ne peut pas arriver à faire disparaître certaines maladies, comme la rougeole, dont le diagnostic est souvent impossible à la période la plus contagieuse, on en diminuera néanmoins les effets terribles, dus plus aux infections secondaires, qu'à la maladie elle-même.

TRAITEMENT RATIONNEL ET CLINIQUE DE LA PNEUMONIE CATARRHALE DES ENFANTS

(D'après J. VIDAL PUCHALS.)

Il y a cinq indications principales à remplir, l'importance de chacune d'elles variant avec les cas.

1° La première indication consiste à favoriser l'hématose par une bonne hygiène respiratoire et la désinfection du milieu ambiant. Une ventilation bien entendue, une large pénétration de la lumière dans la chambre du patient purifieront l'atmosphère. On complétera la désinfection de l'air en faisant évaporer sur une lampe à pétrole, ou à gaz, ou à alcool, un mélange balsamique, tel que le suivant :

Thymol.....	5 gram.
Eucalyptol.....	5 —
Terpinol.....	10 —
Alcool.....	100 —
Eau.....	880 —

La saturation de l'air par les vapeurs balsamiques a aussi pour effet de favoriser l'expectoration et par conséquent de contribuer à remplir la deuxième indication.

Pour supprimer d'autres sources d'infection des voies respiratoires, on doit faire l'antisepsie de la bouche et de la gorge avec de l'eau boricuée, et désinfecter les mains de l'enfant. Si celui-ci crache, il faut détruire l'expectoration.

La température de la chambre sera de 18° à 19°. L'enfant changera souvent de décubitus, pour qu'il ne se produise pas d'hypostase aux deux bases du poumon.

2° La seconde indication consiste à désosbtruer les bronches. Dans la période du début, on peut user des vomitifs, auxquels on joindra des stimulants si l'enfant est déprimé ou en état d'asphyxie (usage interne des alcooliques et pédiluves sinapisés). Puis il faut se servir des expectorants (boissons abondantes et tièdes additionné d'un peu de bicarbonate de soude, sels d'ammoniaque

polygala de Virginie, scille, arnica, acide benzoïque); la formule suivante permet de les réunir :

Infusion de racine de polygala	
ou d'arnica.....	2 gr, pour 80 gr. d'eau.
Carbonate ou chlorhydrate.....	
d'ammoniaque.....	0 gr. 30 à 0 gr. 60
Oxymel scillitique.....	10 — à 20 gr.
Sirop de tolu.....	20 — à 30 gr.

Une cuillerée à dessert toutes les heures ou toutes les deux heures.

L'auteur a employé trois fois avec succès, comme expectorant, l'iodure de potassium à faibles doses, suivant la méthode de Zinnis (d'Athènes). L'action des expectorants est aidée par celle de l'alcool. Il faut repousser l'emploi du kermès de l'oxyde d'antimoine, de l'aconit, qui dépriment les forces.

3° La troisième indication consiste à combattre le processus phlegmasique et la fièvre. On la remplit avec les antipyrétiques et les révulsifs. Il faut employer la quinine et la digitale, ainsi que les bains tièdes (non froids). Il faut repousser les émissions sanguines pour les raisons qu'ont données Rilliet et Barthez. La révulsion sera pratiquée avec des cataplasmes sinapisés, des onctions térébenthinées, des ventouses sèches, au besoin avec le vésicatoire volant laissé peu de temps, suivant la méthode de J. Simon.

4° La quatrième indication est celle-ci : calmer l'agitation nerveuse engendrée par l'intoxication et l'anoxhémie; on la remplit avec les lavements de chloral et les bains

tièdes de cinq à dix minutes, à 33 ou 35°, une ou deux fois par jour.

5° Il faut enfin stimuler et soutenir les forces.

La médication de Todd remplit ce but; en cas de suffocation imminente, l'eau camphrée à l'intérieur, l'injection sous-cutanée d'une demi-seringue d'un mélange à parties égales de teinture de musc et d'éther sont de bons moyens. Une alimentation très surveillée, des soins spéciaux pour le tube digestif contribueront à soutenir les forces.

Au sujet de la prophylaxie, l'auteur montre qu'il faut d'abord opposer une barrière à la contagion; à ce point de vue il se rattache à l'opinion de Grancher; il faut réduire au minimum les contacts dangereux; il faut aussi supprimer dans la mesure du possible la souillure de l'atmosphère. Quant à la nature du terrain favorable, il répète, avec Baginski, qu'indiquer la prophylaxie de la pneumonie catarrhale, cela revient à rejeter toutes les règles de la diététique et de l'hygiène infantile. Plus un enfant est robuste, mieux il est garanti contre la broncho-pneumonie (1).

(1) A propos de cette thérapeutique, je fais certaines réserves : mon opinion est que le vésicatoire n'est jamais utile dans les affections aiguës des voies respiratoires et qu'il peut être nuisible ; que rien ne vaut mieux comme révulsif que les enveloppements froids permanents du thorax ; que les vomitifs, même au début, ne sont pas toujours exempts d'inconvénients, et que moins on donne de médicaments, par voie gastrique, mieux cela vaut. Je ne suis pas partisan des sels d'ammoniaque en particulier. Les lecteurs habituels de cette Revue, trouveront l'exposé complet de mes opinions personnelles dans les numéros d'août et septembre 1896. — P. LE GENDRE.

TABLE DES MATIÈRES

OBSTÉTRIQUE

Des hémorrhagies puerpérales qui sont justiciables du traitement par l'eau chaude, par le Dr BOUFFE DE SAINT-BLAISE, 65-97.

De la ligature et du pansement du cordon ombilical, par E. PAQUY, 159, 193.

Le thrombus puerpéral de la vulve et du vagin, par le Dr OUI, 161.

Appendicite et grossesse, par M. P. LE GENDRE, 200.

Opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail atteinte d'un gros fibrome de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant. Guérison, par le Dr MOUCHET, 257.

L'affaire Laporte, par le Dr H. VARNIER, 289.

Les débats, 321.

Des rapports de l'obstétrique avec la médecine légale en 1897, par le Dr A. PINARD, 367.

Mécanismes des ruptures du périnée. (Étude des moyens pour les éviter), par le Dr WALLICH, 385.

PÆDIATRIE

Méningisme et méningites, par le Dr POCHON, 12, 46, 92, 106, 139, 216.

Corps étrangers du larynx, par G. POCHON, 25.

Scarlatine à rechute, par G. POCHON, 30.

Du prolapsus du rectum chez l'enfant et de son traitement
par le D^r BROCA, 57, 83.

De la pancréatite ourlienne, par le D^r CUOHE, 74.

Corps étranger des voies aériennes. Trachéotomie. Expulsion du corps étranger. Broncho-pneumonie. Mort, par le D^r R. MARMASSE, 80.

Les hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés, par le D^r M. OUI, 1, 33.

A propos de la bicyclette, par M. LE GENDRE, 211.

Traitement de la rougeole, par le D^r A. JOSIAS, 220.

De la puériculture. Réponse à M. Bertillon, par M. le professeur A. PINARD, 225.

L'hystérie infantile, par M. P. BÉZY, 240.

Les lavements d'eau purgative dans la constipation habituelle des nourrissons, 254.

Pleurésie avec épanchement. Application du salicylate de méthyle. Guérison rapide, par le D^r RENÉ MARMASSE, 265.

L'entéroclyse chez le nouveau-né, par le D^r M. MERCIER, 267.

Le traitement du tænia chez les enfants, par M. le D^r CARRON DE LA CARRIÈRE, 281.

Traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air, par le D^r ABEL CONTAL, 312, 400.

Traitement rationnel et clinique de la pneumonie catarrhale des enfants (d'après J. VIDAL-PUCHALS), 411.

Formulaire thérapeutique. 128, 159.

raisons

a. Exp

rt, p.

u-265, r

le pûr

n hab

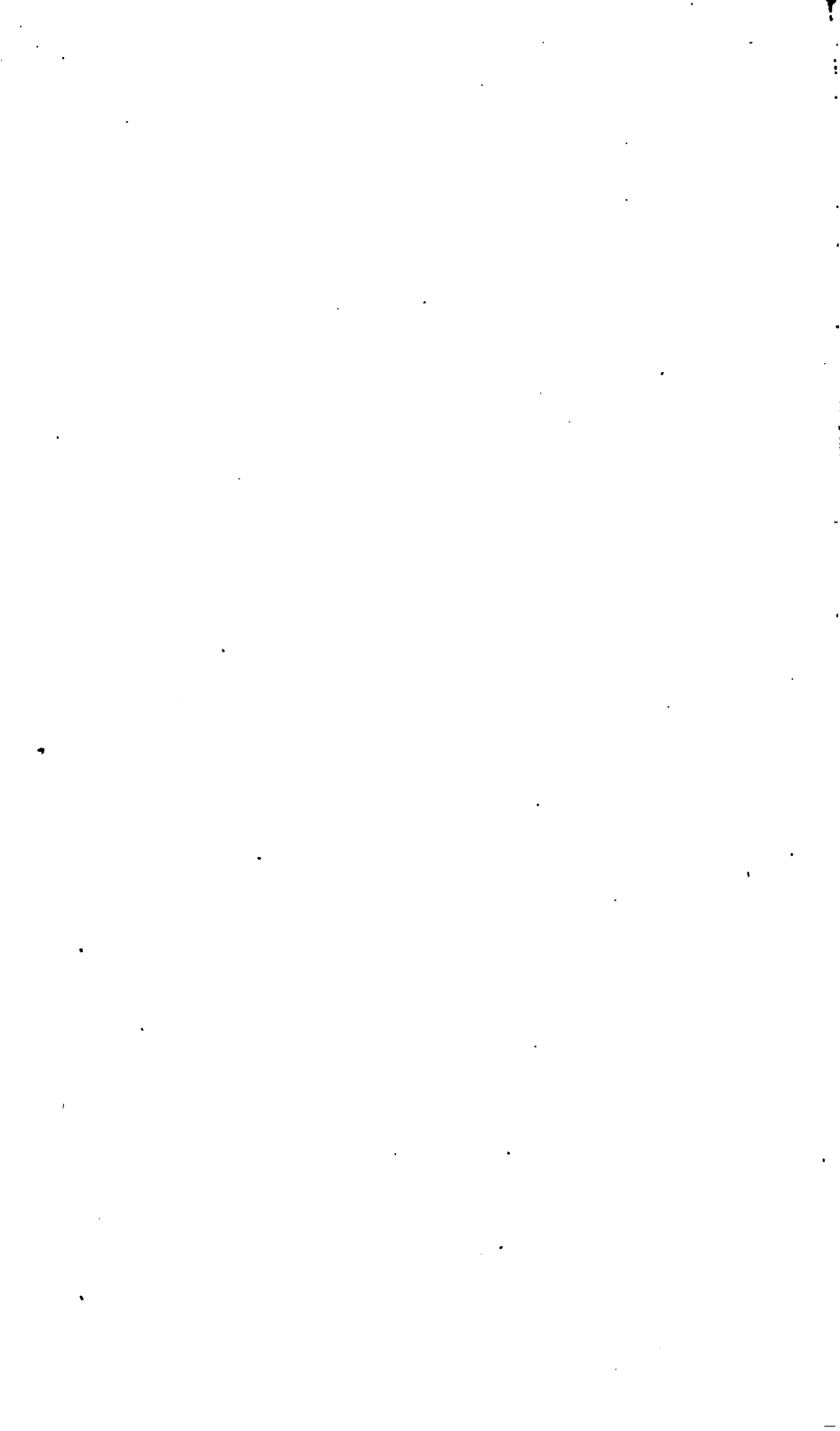
late d

R, 26.

CARAT

tion i

catar



411

848

